COMMUNITY HEALTH CHOICE

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE

Este formulario puede enviarse por correo o por fax:

Dirección:
P.O. Box 1039
Appleton, WI 54912-1039

Número de fax:
855-668-8552

También puede solicitarnos una determinación de cobertura llamando al 833-276-8306 (711 TTY) o visitando nuestro sitio web en https://www.communityhealthchoice.org/en-us/medicare/member-rights-and-forms/appeals-and-grievances/.

Quién puede presentar una solicitud: Su médico prescriptor puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo nombrar un representante.

Información del afiliado

Nombre del afiliado		Fecha de nacimiento
Dirección del afiliado		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Número de identificación de miembro del afiliado	

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado ni el médico prescriptor:

Nombre del solicitante		
Relación del solicitante con el afiliado		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

Documentos de representación para solicitudes presentadas por otra persona que no sea el afiliado ni el médico prescriptor del afiliado:

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (una Autorización del Formulario de representación CMS-1696 completada o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento con receta que usted solicita (si lo conoce, incluya la concentración y cantidad solicitada por mes):

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

☐Necesito un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).*****

☐He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero fue eliminado o se lo eliminó de la lista durante el año del plan (excepción al formulario).*****

☐Solicito autorización previa para el medicamento que recetó mi médico prescriptor.*

☐Solicito una excepción al requerimiento de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que recetó mi médico prescriptor (excepción al formulario).*

☐Solicito una excepción al límite de la cantidad de píldoras (límite de cantidad) del plan que puedo recibir para que pueda obtener la cantidad de píldoras que recetó mi médico prescriptor (excepción al formulario).*

☐Mi plan de medicamentos cobra un copago para el medicamento que recetó mi médico prescriptor mayor que el que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y deseo pagar el copago menor (excepción al nivel).*****

☐He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago menor, pero se moverá o se movió a un nivel de copago mayor (excepción al nivel).*****

☐Mi plan de medicamentos me cobró un copago por un medicamento mayor que el que debería haberme cobrado.

☐Deseo recibir un reembolso para un medicamento con receta cubierto que pagué de mi bolsillo.

*** NOTA: si solicita una excepción al formulario o al nivel, su médico prescriptor DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a una autorización previa (o cualquier otro requisito de administración de uso) pueden requerir información de respaldo. Su médico prescriptor puede usar la "Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa" adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar *(adjunte todos los documentos de respaldo)*:

Nota importante: decisiones urgentes

Si usted o su médico prescriptor consideran que esperar 72 horas para recibir una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, salud o capacidad de recuperar su máxima

funcionalidad, puede solicitar una decisión urgente (rápida). Si su médico prescriptor indica que esperar 72 horas podría poner en grave peligro su salud, automáticamente le comunicaremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el respaldo de su médico prescriptor para una solicitud urgente, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cobertura urgente si nos pide que le devolvamos su dinero de un medicamento que ya recibió.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de su médico prescriptor, adjúntela a esta solicitud).**

Firma:	**Fecha:**

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

No se pueden procesar las solicitudes de EXCEPCIÓN AL FORMULARIO y AL NIVEL sin una declaración de respaldo del médico prescriptor. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

☐ **SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN URGENTE: al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que aplicar el plazo de 72 horas de revisión estándar puede poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o su capacidad de recuperar su máxima funcionalidad.**

Información del prescriptor		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del consultorio	Fax	
Firma del afiliado		Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: ☐ **NUEVO INICIO**	Duración estimada de la terapia:	Cantidad por 30 días
Altura/peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: mencione todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. (Si la afección que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, falta de aire, dolor de pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si se conoce).		**Código(s) ICD-10**

COMMUNITY HEALTH CHOICE

Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:	**Código(s) ICD-10**

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para los tratamientos que requieren el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un problema, mencione la dosis unitaria/la dosis diaria total probada)	**FECHAS de ensayos de medicamentos**	**RESULTADOS de ensayos de medicamentos previos INSUFICIENCIA vs INTOLERANCIA (explicar)**

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del afiliado para las condiciones que requieren el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS

¿Tiene alguna **CONTRAINDICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FDA)** el medicamento solicitado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿Hay algún problema de **INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA** al agregar el medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos del afiliado?
☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si la respuesta para alguna de las preguntas de arriba es "Sí", 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar del problema indicado y 3) supervise el plan para garantizar la seguridad.

ADMINISTRACIÓN DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN LAS PERSONAS MAYORES

Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿considera usted que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente mayor?
☐ **SÍ** ☐ **NO**

OPIOIDES: (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

¿Cuál es la dosis acumulativa diaria equivalente de morfina (Morphine Equivalent Dose, **MED**)? _____ **mg/día**

¿Conoce otros médicos prescriptores de opioides para este afiliado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**
De ser así, explique.

¿Es médicamente necesaria la dosis MED diaria indicada? ☐ **SÍ** ☐ **NO**
¿Sería insuficiente una dosis total diaria MED menor para controlar el dolor del afiliado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD

Medicamentos alternativos contraindicados o previamente probados, pero con resultado adverso, p. ej., toxicidad, alergia o insuficiencia terapéutica [Especifique a continuación si ya no se mencionó antes en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS en el formulario: (1) Medicamentos probados y resultados de los ensayos clínicos (2) si hubo resultado adverso, mencione los medicamentos y el resultado adverso para cada uno, (3) si hubo insuficiencia terapéutica, mencione la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados, (4) si hay contraindicaciones, mencione el motivo específico por el que los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados.]

☐**El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultado clínico adverso considerable con el cambio de medicamento** Se requiere una explicación específica de todo resultado clínico adverso anticipado considerable y por qué se esperaría un resultado adverso considerable, es decir, la afección fue difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se requirieron varios medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso considerable cuando la afección no se controló previamente (es decir, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor excesivo y sufrimiento), etc.

☐**Necesidad médica para una forma diferente de dosis y/o una dosis más alta** [Especifique a continuación: (1) Formas de dosis y/o dosis probadas y el resultado de los ensayos farmacológicos; (2) explique el motivo médico; (3) incluya por qué no es una opción una dosis menos frecuente con mayor concentración, si es que existe una mayor concentración]

☐**Solicitud de una excepción al nivel del formulario** Especifique a continuación en la sección anterior de HISTORIAL DE MEDICAMENTOS en el formulario: (1) Medicamentos del formulario o preferidos probados y resultados de los ensayos farmacológicos (2) si hubo resultado adverso, mencione los medicamentos y el resultado adverso para cada uno, (3) si hubo insuficiencia terapéutica/si no fue tan efectivo como el medicamento solicitado, mencione la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados, (4) si hay contraindicaciones, mencione el motivo específico por el que los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados].

☐**Otro** (explique a continuación)

Explicación requerida _____

_____

_____

_____

_____