SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:
8921 Canyon Falls Blvd., Suite 100
Twinsburg, OH 44087
Attn: Clinical Services

Número de fax:
1-877-503-7231

También nos puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono al 1-866-250-2005 o por medio de nuestro sitio web elixirinsurance.com.

Quién puede presentar una solicitud: Su recetador puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (por ejemplo, un familiar o amigo) haga la solicitud en su nombre, esa persona debe ser su representante. Póngase en contacto con nosotros para saber cómo nombrar a un representante.

Información del afiliado:

Nombre:		Fecha de nacimiento
Dirección		
Ciudad	Estado	Código zip
Teléfono	Número de identificación como afiliado:	

Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que está presentando la solicitud no es el afiliado ni el recetador:

Nombre:		
Relación con el afiliado		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código zip
Teléfono		

Documentación de representación para las solicitudes realizadas por alguien que no es el afiliado ni el recetador del afiliado:

Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al inscrito (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un equivalente escrito). Para obtener más información sobre la designación de un representante, póngase en contacto con su plan o con el 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento recetado que usted está solicitando (si lo sabe, incluya potencia y cantidad solicitada por mes):

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

☐ Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos por el plan (excepción al formulario).*****

☐ He estado utilizando un medicamento que anteriormente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos por el plan, pero que está siendo retirado o fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).*****

☐ Solicito autorización previa para el medicamento que me ha recetado mi médico.*

☐ Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el que me recetó mi médico (excepción al formulario).*

☐ Solicito una excepción al límite del plan sobre el número de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener el número de píldoras que me recetó mi médico (excepción al formulario).*

☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que me recetó mi médico que el que cobra por otro medicamento que trata mi enfermedad, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).*****

☐ He estado utilizando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero que está siendo trasladado o fue trasladado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).*****

☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto de lo que debía por un medicamento.

☐ Quiero que me reembolsen un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si está solicitando una excepción al formulario o nivel, su médico DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de manejo de utilización), pueden requerir información de respaldo. Su médico puede utilizar la "Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa" adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que nosotros debamos considerar *(adjunte documentación de apoyo)*:

_____

_____

_____

_____

Nota importante: Decisiones rápidas

Si usted o su médico creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar seriamente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión rápida. Si su recetador indica que esperar 72 horas podría perjudicar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el apoyo de su recetador para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.

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

Firma:	**Fecha:**

Información de apoyo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN DE FORMULARIO y de NIVEL no se pueden procesar sin una declaración de respaldo del recetador. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

☐ **SOLICITUD DE REVISIÓN RÁPIDA: Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas puede poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o la capacidad del afiliado para recuperar la función máxima.**

Información del recetador		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código zip
Teléfono del consultorio	Fax	
Firma		Fecha

Diagnosis e información médica		
Medicina:	Potencia y forma de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: ☐ **NUEVO INICIO**	Duración esperada de la terapia:	Cantidad por 30 días
Estatura/Peso:	Alergias a medicamentos:	

DIAGNOSIS – Anote todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los correspondientes códigos ICD-10. (Si la afección que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas si se conocen)	**Código(s) ICD-10**
Otro DIAGNÓSTICO RELEVAMENTE:	**Código(s) ICD-10**

HISTORIA DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de la(s) afección(es) que requiere(n) el medicamento solicitado)

MEDICAMENTO ENSAYADO (si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis por unidad/dosis diaria total ensayada)	**FECHAS de ensayo**	**RESULTADOS de previos ensayos FALLA vs INTOLERANCIA (explique)**

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del afiliado para la(s) enfermedad(es) que requiere(n) el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿Hay alguna **CONTRAINDICACIÓN ESPECIFICADA por la FDA** para el medicamento solicitado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿Alguna preocupación por una **INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS** con la adición del medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos del afiliado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es afirmativa, 1) explique el problema, 2) discuta los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación señalada, y 3) plan de seguimiento para garantizar la seguridad

MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN LOS ANCIANOS

Si el afiliado tiene más de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los posibles riesgos en este paciente de edad avanzada? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

OPIOIDES – (Complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

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

¿Tiene conocimiento de otros opioides recetados a este afiliado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**
Si es así, explique:

¿La dosis diaria de MED indicada es médicamente necesaria? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿Sería insuficiente una dosis total diaria de MED más baja para controlar el dolor del afiliado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

☐ **Medicamento(s) alternativo(s) contraindicado(s) o probado(s) previamente, pero con resultado adverso, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** [Especifique abajo, si aún no se ha indicado en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anteriormente en el formulario: (1) Medicamento (s) probado (s) y resultados de ensayos de medicamentos (2) si es un resultado adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso para cada uno, (3) si es falla terapéutica, enumere la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados, (4) si hay contraindicaciones, enumere las razones específicas por las que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados]

☐ **El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con el cambio de medicación.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría ese resultado, por ejemplo, la afección ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos o se requirieron múltiples medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no se controló previamente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

☐ **Necesidad médica de una forma de dosificación diferente o una dosis más alta** [Especifique abajo: (1) forma(s) de dosificación o dosis probada(s) y resultado de la(s) prueba(s) del medicamento; (2) explique la razón médica (3) incluya por qué no es una opción la dosificación menos frecuente con una potencia mayor - si existe una potencia mayor]

☐ **Solicitud de excepción al formulario.** Especifique abajo si no se anotó en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anterior en el formulario: (1) medicamento(s) del formulario o preferido(s) probado(s) y resultados del(los) ensayo(s) de medicamento(s) (2) si el resultado es adverso, enumere el(los) medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno, (3) si falla del tratamiento/no es tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para el fármaco probado, (4) si hay contraindicaciones, indique el motivo específico por el que el fármaco preferido / otros medicamentos del formulario están contraindicados]

☐ **Otro** (explique abajo)

Explicación requerida _____