TRIPLE-S SALUD

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:
CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions
P.O. Box 52000, MC109
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax:
1-855-633-7673

También puede pedirnos una determinación por teléfono, en 1-833-251-9747, TTY: 711, 24 horas al día, 7 días a la semana, o a través de nuestro sitio Web en www.ssspr.com/postal.

Quién puede presentar una solicitud: Su proveedor puede solicitar una determinación de cobertura de parte de usted. Si desea que otra persona (tal como un familiar o un amigo) presentar una solicitud en nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar a un representante.

Información del miembro

Nombre del miembro_____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del miembro _____

Ciudad _____ Estado_____ Código postal _____

Teléfono _____ No. de ID de miembro _____

Llene la siguiente sección SÓLO si la persona que presenta esta solicitud no es el beneficiario profesional:

Nombre del solicitante _____

Relación con el miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado_____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes hechas por una persona distinta al miembro o al médico del miembro:

Adjunte la documentación que muestra la autoridad de representar al miembro (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completo o un equivalente escrito). Para más información sobre la designación de un representante, llame a su plan o al 1-800-Medicare, (1-800-633-4227), TTY: 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Nombre del medicamento recetado que solicita (si se conoce, incluya la potencia y cantidad al mes solicitada):

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- ☐ Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).*
- ☐ He estado usando un medicamento que estaba previamente incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que será eliminado o fue eliminado de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).*
- ☐ Solicito autorización previa para el medicamento que mi médico me ha recetado.*
- ☐ Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento recetado por mi médico (excepción al formulario).*
- ☐ Solicito una excepción al límite del plan sobre el número de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir para poder recibir el número de pastillas recetadas por mi médico (excepción al formulario).*
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que mi médico me recetó que otro medicamento que trata mi condición, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).*
- ☐ He estado usando un medicamento que estaba incluido previamente en un nivel de copago más bajo, pero que está siendo desplazado o que fue desplazado a un nivel de copago superior (excepción de nivel).*
- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento de lo que debió cobrar.
- ☐ Quiero ser reembolsado por un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si está pidiendo una excepción al formulario o de nivel, su médico DEBE proporcionar una declaración que apoye su solicitud. Las solicitudes sujetas a autorización previa (o a cualquier otro requisito de manejo de uso), pueden requerir información de soporte. Su médico puede usar la "Información de soporte para una Solicitud de excepción o autorización previa" para apoyar su solicitud.**

Información adicional que deberíamos tomar en cuenta *(adjunte cualquier documento de soporte)*:

Nota importante: Decisiones sin demora

Si usted o su profesional de salud creen que esperar 72 horas por una decisión estándar podría poner en serio peligro su vida, su salud o su capacidad de recobrar su máxima habilidad, puede solicitar una decisión sin demora (rápida). Si su profesional de salud indica que el esperar 72 horas podría poner en serio peligro su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las siguientes 24 horas. Si no recibe el apoyo de su profesional de salud para una solicitud sin demora, decidiremos si su condición de salud requiere de una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cobertura rápida si nos pide que le paguemos por un medicamento que ya recibió.

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

Firma:	**Fecha:**

Información de soporte para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de FORMULARIO y de EXCEPCIÓN NIVELS no pueden procesarse sin la declaración de soporte del médico. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA podrían requerir información de soporte.

☐ **SOLICITUDES PARA REVISIÓN SIN DEMORA: Marcando esta casilla y firmando abajo, certifico que el aplicar el tiempo de revisión estándar de 72 horas podría poner en serio peligro la vida o la salud del miembro, o la capacidad del de recobrar sus funciones al máximo.**

Información del médico

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Firma del médico _____ Fecha_____

Diagnóstico e información médica

Medicamento:	Potencia y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: ☐ **NUEVO COMIENZO**	Duración esperada de la terapia:	Cantidad por 30 dias:
Estatura/Peso:	Alergias a medicamentos:	

DIAGNÓSTICO – Indique todos los diagnósticos tratados con el medicamento solicitado y códigos ICD-10 correspondientes. (si la condición tratada con el medicamento recetado es un síntoma, por ej., anorexia, pérdida de peso, falta de aliento, dolor de pecho, náusea, etc., indique el diagnóstico que causa los síntomas, si se sabe)	**Código ICD-10**

Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:	**Código ICD-10**

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las condiciones que requieren el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis por unidad/dosis diaria total probada)	**FECHAS de prueba de los medicamentos**	**RESULTADOS de pruebas anteriores de medicamentos: FRACASO vs INTOLERANCIA (explique)**

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del miembro para la condición para la que requiere el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

¿Hay **CONTRAINDICACIONES ANOTADAS DE LA FDA** para el medicamento solicitado?
☐ Sí ☐ No

¿Existe la preocupación de **INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS** con la adición del medicamento solicitado en el régimen de medicamentos actual del miembro? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas arriba indicadas es sí, 1) explique, 2) discuta los beneficios y los posibles riesgos a pesar de la preocupación indicada, y 3) plan de control para asegurar la seguridad

MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN LOS ANCIANOS

Si el miembro es mayor de 65 años, ¿siente que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado son superiores a los riesgos potenciales en este paciente anciano?
☐ Sí ☐ No

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

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

¿Sabe usted de otros médicos que recetan opioides para este miembro? ☐ Sí ☐ No
De ser así, explique.

¿Es la dosis diaria MED indicada necesaria? ☐ Sí ☐ No

¿Una dosis MED diaria más baja sería insuficiente para controlar el dolor del miembro? ☐ Sí ☐ No

EXPLICACIÓN DE LA SOLICITUD

☐ **Medicamentos alternos o probados anteriormente, pero con un resultado adversos; por ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** [Especifique abajo si no se ha notado ya en el HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anteriormente en el formulario: (1) Medicamentos probados y resultados de las pruebas de medicamentos (2) si el resultado es adverso, indique los medicamentos y los efectos de cada uno; (3) si hay un fracaso terapéutico, indique la dosis máxima y duración de la terapia para los medicamentos probados, (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la que el medicamento preferente u otro medicamento en el formulario es contraindicado]

☐ **El paciente está estable con el medicamento actual; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con el cambio de medicamento** Se requiere de una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo esperado, por ej., la condición ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados para controlar la condición), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la condición no fue controlada anteriormente (por ej., hospitalización o visitas agudas médicas frecuentes, infarto, embolia, caídas, limitación significativa de la condición funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

☐ **Necesidad médica para una dosis diferente y/o dosis mayor** [Especifique abajo: (1) Dosificación y/o dosis probada y resultados de las pruebas de medicamentos; (2) explique la razón médica (3) incluya por qué no es una opción usar dosis menos frecuentes con una mayor potencia, en caso de que exista una mayor potencia]

☐ **Solicitud de excepción de nivel de formulario** [Especifique abajo si no se indica en el HISTORIAL DE MEDICAMENTOS más atrás en el formulario: (1) medicamentos del formulario o preferentes probados y resultados de las pruebas de medicamentos; (2) si el resultado es adverso, indique los medicamentos y los efectos adversos de cada uno, (3) si hay un fracaso terapéutico/medicamento no es tan eficaz como el solicitado, indique la dosis máxima y duración de terapia para los medicamentos probados, (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la que el medicamento preferente u otro medicamento en el formulario es contraindicado]

☐ **Otra** (explique abajo)

Explicación requerida:_____