SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Este formulario se puede enviar por correo o fax:

Dirección:
7050 Union Park Center Drive Suite 200
Midvale, Utah 84047

Número de fax:
(866) 290-1309

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al (800) 665-3086 o a través de nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare.

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

Información del afiliado

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

Llene la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado ni el recetador:

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

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

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de Autorización para Representación CMS-1696 completado o un equivalente por escrito). Para obtener más información acerca de la designación de un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento recetado que está solicitando (si se conoce, incluya la concentración y la cantidad solicitada por mes):

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

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

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

☐ Solicito autorización previa para el medicamento que mi recetador me indicó*.

☐ Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de que reciba el medicamento indicado por mi recetador (excepción de formulario)*.

☐ Solicito una excepción al límite del plan en cuanto a la cantidad de comprimidos (límite de cantidad) que puedo recibir para que pueda obtener la cantidad de comprimidos indicados por mi recetador (excepción de formulario)*.

☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que mi recetador indicó que por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de categoría)*****.

☐ He estado usando un medicamento que anteriormente se incluía en una categoría de copago inferior, pero que se trasladará o ya se trasladó a una categoría de copago superior (excepción de categoría)*****.

☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto de lo que correspondería.

☐ Quiero recibir un reembolso por un medicamento recetado cubierto por el que pagué de mi bolsillo.

*** NOTA: Si usted solicita una excepción de formulario o de categoría, su recetador DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Es posible que las solicitudes sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de administración de utilización) requieran información de apoyo. El recetador puede utilizar la "Información de apoyo para una solicitud de excepción o autorización previa" adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar *(adjuntar cualquier documento complementario)*:

_____

_____

_____

_____

Nota importante: Determinaciones aceleradas

Si usted o su recetador creen que la espera de 72 horas para una determinación estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad de recuperar la función máxima, puede

solicitar una determinación acelerada (rápida). Si su recetador indica que la espera de 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le informaremos automáticamente una determinación dentro de un plazo de 24 horas. Si no tiene el apoyo de su recetador para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una determinación rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si solicita un reembolso por un medicamento que ya recibió.

☐**MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE UN PLAZO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de apoyo de su recetador, 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 CATEGORÍA no se pueden procesar sin la declaración de apoyo del recetador. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de apoyo.

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

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

Diagnóstico e información médica		
Medicamentos:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: ☐ **NUEVO INICIO**	Duración prevista del tratamiento:	Cantidad por 30 días
Estatura/peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: Enumere 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, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si se conoce)		**Códigos ICD-10**

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

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS: (para el tratamiento de las afecciones 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 los ensayos farmacológicos**	**RESULTADOS de ensayos farmacológicos anteriores FRACASO frente a INTOLERANCIA (explicar)**

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

SEGURIDAD FARMACOLÓGICA

¿Alguna **CONTRAINDICACIÓN DE LA FDA** para el medicamento solicitado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿Le preocupa la **INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA** con la adición del medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del afiliado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

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

MANEJO DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

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

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

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

¿Conoce a otros recetadores de opioides para este afiliado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**
En caso afirmativo, explíquelo.

¿Se considera médicamente necesaria la dosis MED diaria indicada? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

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

FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD

☐ **Los medicamentos alternativos están contraindicados o se probaron previamente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** [Especifique a continuación si no se ha indicado previamente en la sección ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS del formulario: (1) Medicamentos probados y resultados de ensayos de medicamentos, (2) si se producen efectos adversos, enumere los medicamentos y los resultados adversos para cada uno, (3) si se produjo un fracaso terapéutico, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos probados, (4) si existen contraindicaciones, indique el motivo específico por el que están contraindicados los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario]

☐ **El paciente se mantiene estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con cambio de medicamentos** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo previsto y de por qué se esperaría un resultado adverso significativo, p. ej., la afección ha sido difícil de controlar (se han probado muchos medicamentos, se necesitan varios medicamentos para controlar la afección), el paciente presentó un resultado adverso significativo cuando la afección no se controló previamente (p. ej., hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque al corazón, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

☐ **Necesidad médica de una forma farmacéutica diferente o dosis más altas** [Especifique a continuación: (1) formas farmacéuticas o dosis probadas y resultado de los ensayos farmacológicos; (2) explique la razón médica; (3) incluya el motivo por el cual una dosis menos frecuente con una concentración más alta no es una opción, si existe una concentración más alta]

☐ **Solicitud de excepción de categoría del formulario** [Especifique a continuación si no se indicó previamente en la sección ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS en el formulario: (1) medicamentos del formulario o preferidos probados y resultados de ensayos farmacológicos, (2) si el resultado es adverso, enumere los medicamentos y los resultados adversos para cada uno, (3) si se produjo un fracaso terapéutico/el medicamento no es tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos probados, (4) si existen contraindicaciones, indique el motivo específico por el que están contraindicados los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario]

☐ **Otros** (explique a continuación)

Explicación necesaria _____
_____
_____
_____
_____
_____

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, tales como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Llame al (800) 665-3086, TTY: 711. Esta es una llamada gratuita.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica.

https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/multi-language-taglines.aspx