

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA
DE MEDICARE**

Puede enviarnos este formulario por correo o fax:

Dirección:
Optum Rx Prior Authorization
PO Box 2975
Mission, KS 66201

Número de fax:
844.403.1028

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 844.230.9357 o a través de nuestro sitio web en BSWHealthplan.com/Medicare.

Quién Puede Presentar una Solicitud: El profesional que receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un miembro de su familia o un amigo) presente 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 de Miembro del Afiliado	

Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado ni el profesional que receta:

Nombre del Solicitante		
Relación del Solicitante con el Afiliado		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		

Documentación de representación para solicitudes presentadas por una persona que no sea el afiliado ni el profesional que le receta al afiliado:

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario CMS-1696 Nombramiento de un Representante llenado o un documento equivalente por escrito). Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento con receta que solicita (si lo 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 al formulario).*
- He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que se va a eliminar o se ha eliminado de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que me recetó mi médico.*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó mi médico (excepción al formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad 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 por otro medicamento que trata mi enfermedad, y quiero pagar el copago más bajo. copago (excepción de niveles).*
- He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero que se está trasladando o fue trasladado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobra un copago más alto de lo que debería por un medicamento.
- Quiero que me reembolsen el importe de un medicamento cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si solicita una excepción al formulario o una excepción de nivel, el profesional que le receta el medicamento DEBE presentar una declaración que justifique su solicitud. Es posible que las solicitudes sujetas a autorización previa (o a cualquier otro requisito de administración de la utilización) necesiten información complementaria. El profesional que le receta el medicamento utilizar la “Información de respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa” adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte cualquier documento de respaldo*):

Nota Importante: Decisiones Rápidas

Si usted o el profesional que receta creen que esperar 72 horas para recibir una decisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperarse completamente, usted puede solicitar una decisión rápida. Si el profesional que receta indica que esperar 72 horas podría poner en grave peligro su salud, le comunicaremos automáticamente una decisión dentro de las 24 horas. Si usted no obtiene el respaldo del profesional que receta para presentar una solicitud rápida, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura rápida para pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya recibió.

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

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

Información de respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL FORMULARIO y EXCEPCIÓN DE NIVEL no pueden procesarse sin una declaración de respaldo del profesional que receta. 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 miembro o su capacidad para recuperarse por completo.

Información sobre el Profesional que Receta			
Nombre			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono del Consultorio		Fax	
Firma del Profesional que Receta			Fecha

Diagnóstico e Información Médica		
Medicamento:	Concentración y Vía de Administración:	Frecuencia:
Fecha de Inicio: <input type="checkbox"/> RECIÉN COMENZADO	Duración Esperada 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 enfermedad que se está tratando con el medicamento solicitado presenta síntomas, como anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor de pecho, náuseas, etc., indique el diagnóstico que causa los síntomas, si lo conoce).		Código(s) ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Código(s) ICD-10
HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de la(s) enfermedad(es) que requiere(n) el medicamento solicitado)		

MEDICAMENTOS PROBADOS <small>(si el límite de cantidad representa un problema, indique la dosis por unidad/dosis diaria total probada)</small>	FECHAS de los ensayos con medicamentos	RESULTADOS de ensayos anteriores con medicamentos: FRACASO vs INTOLERANCIA (explique)
¿Cuál es el plan actual de medicamentos del miembro para la(s) enfermedad(es) que requiere(n) el medicamento solicitado?		

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO	
¿Existen CONTRAINDICACIONES MENCIONADAS por la FDA para el medicamento solicitado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Existe algún problema de INTERACCIÓN ENTRE MEDICAMENTOS si se agrega el medicamento solicitado al plan de medicamentos actual del miembro?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es afirmativa, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los posibles riesgos a pesar del problema mencionado y 3) detalle el plan de seguimiento para garantizar la seguridad	
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD	
Si el miembro es mayor de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente de la tercera edad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
OPIÁCEOS: (responda las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opiáceo)	
¿Cuál es Dosis diaria acumulada Equivalente de Morfina (MED)?	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> mg/día
¿Conoce a otros profesionales que receten opiáceos a este miembro? <small>En caso afirmativo, explique.</small>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿La dosis MED diaria indicada es médicamente necesaria?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Sería insuficiente una dosis MED diaria total más baja para controlar el dolor del miembro?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
FUNDAMENTOS DE LA SOLICITUD	

Medicamento(s) alternativo(s) contraindicado(s) o probado(s) previamente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico [Specify below if not already noted in the DRUG HISTORY section earlier on the form: (1) Drug(s) tried and results of drug trial(s) (2) if adverse outcome, list drug(s) and adverse outcome for each, (3) if therapeutic failure, list maximum dose and length of therapy for drug(s) trialed, (4) if contraindication(s), please list specific reason why preferred drug(s)/other formulary drug(s) are contraindicated]

El paciente está estable con el(los) medicamento(s) actual(es); 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 un resultado adverso significativo; por ejemplo, la enfermedad ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se necesitan múltiples medicamentos para controlar la enfermedad), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la enfermedad no estaba controlada previamente (por ejemplo, hospitalización o consultas médicas frecuentes para casos graves, ataque cardíaco, derrame cerebral, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento injustificados), etc.

Necesidad médica de una dosis diferente o una dosis más alta [Specify below: (1) Dosage form(s) and/or dosage(s) tried and outcome of drug trial(s); (2) explain medical reason (3) include why less frequent dosing with a higher strength is not an option – if a higher strength exists]

Solicitud de excepción de nivel de formulario Especifique a continuación si no lo ha hecho en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS del formulario: (1) medicamentos del formulario o preferidos probados y resultados de los ensayos con medicamentos (2) si el resultado es adverso, indique el(los) medicamento(s) y el resultado adverso de cada uno, (3) si el tratamiento falla o no es tan efectivo como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración de la terapia con los medicamentos probados, (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados]

Otro (explique a continuación)

Explicación Obligatoria
