SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

Use este formulario para solicitar una determinación de cobertura para nuestro plan. También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono al 833-502-3340 o a través de nuestro sitio web en BSWHealthplan.com/Medicare. Usted, su médico o el médico que emite la receta, o su representante autorizado pueden presentar esta solicitud.

Miembro del plan

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

Si la persona que presenta esta solicitud no es la persona inscrita en el plan ni el médico que emite la receta:

Nombre del solicitante
Relación con el miembro del plan
Dirección (incluya ciudad, estado y código postal)
Teléfono
☐ Presente la documentación con este formulario que demuestre su autoridad para representar al miembro (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o uno equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con nuestro plan o llame al 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Nombre del medicamento en relación con esta solicitud (incluya información sobre la dosis y la cantidad si está disponible)

Tipo de solicitud

☐ Me cobraron un copago más alto del apropiado por un medicamento en mi plan de medicamentos.

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

☐ Solicito autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información de respaldo).

Para los tipos de solicitudes que se enumeran a continuación, el médico que emite la receta DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud. El médico autorizado a emitir recetas puede completar las páginas 3 y 4 de este formulario, “Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa”.

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

☐ He estado usando un medicamento que estaba en la lista de medicamentos cubiertos del plan antes, pero que ha sido o será retirado durante el año del plan (excepción al formulario).

☐ Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener un medicamento recetado (excepción al formulario).

☐ Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo obtener para recibir la cantidad de píldoras que me recetaron (excepción al formulario).

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

☐ He estado usando un medicamento que estaba en un nivel de copago más bajo antes, pero que ha pasado o pasará a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).

Información adicional que debemos considerar *(presente cualquier documento de respaldo con este formulario):*

_____

_____

_____

_____

¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o el médico que emite la receta consideran que esperar 72 horas para obtener una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el médico que emite la receta indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le daremos una decisión automáticamente en un plazo de 24 horas. Si no obtiene el respaldo del médico que emite la receta para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión acelerada si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya recibió).

☐ **SÍ, necesito una decisión dentro de 24 horas.** Si tiene una declaración de respaldo del médico que emite la receta, adjúntela a esta solicitud.

Firma:	**Fecha:**

Cómo enviar este formulario

Envíe este formulario y cualquier información de respaldo por correo postal o fax:

Dirección:
Capital Rx
Attention Prior Authorization
9450 SW Gemini Dr., #87234
Beaverton, OR 97008

Número de fax:
833-434-0563

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa
Debe ser completada por el médico que emite la receta

☐ **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 poner en grave peligro la vida o la salud del miembro o su capacidad para recuperar la función máxima.**

Información del médico que emite la receta

Nombre	
Dirección (incluya ciudad, estado y código postal)	
Teléfono de la oficina	
Fax	
Firma	Fecha

Diagnóstico e información médica

Medicamentos:	Concentración y vía de administración:
Frecuencia:	Fecha de inicio: ☐ **NUEVO INICIO**
Duración prevista de la terapia:	Cantidad por 30 días:
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:

DIAGNÓSTICO: enumere todos los diagnósticos que se tratarán 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 el síntoma, si se conoce).	**Código(s) ICD-10**
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:	**Código(s) ICD-10**

ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de la afección o las afecciones que requieren el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un problema, enumere la dosis unitaria/dosis diaria total probada)	**FECHAS de los ensayos farmacológicos**	**RESULTADOS de ensayos farmacológicos previos FALLA vs. INTOLERANCIA (explicar)**

¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del miembro para la afección o las afecciones que requieren el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS	
¿ALGUNA **CONTRAINDICACIÓN QUE HAYA NOTADO LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FDA)** respecto del medicamento solicitado?	☐ **SÍ** ☐ **NO**
¿Alguna preocupación por la **INTERACCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS** al agregar el medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del miembro?	☐ **SÍ** ☐ **NO**
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es sí, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los posibles riesgos a pesar de la preocupación indicada y 3) monitoree el plan para garantizar la seguridad.	
GESTIÓN DE RIESGO ALTO DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES	
Si el miembro tiene más de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los posibles riesgos en este paciente adulto mayor?	☐ **SÍ** ☐ **NO**
OPIOIDES: (responda estas cuatro preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)	
¿Cuál es la **dosis equivalente de morfina (MED)** acumulativa diaria? **mg/día**	
¿Conoce otros médicos que emitan recetas de opioides para este miembro? Si es así, explique.	☐ **SÍ** ☐ **NO**
¿Se considera médicamente necesaria la dosis diaria indicada de MED?	☐ **SÍ** ☐ **NO**
¿Sería insuficiente una dosis diaria total más baja de MED para controlar el dolor del miembro?	☐ **SÍ** ☐ **NO**

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

☐ **Medicamento(s) alternativo(s) contraindicado(s) o probado(s) previamente, pero con resultado adverso, p. ej., toxicidad, alergia o ineficacia terapéutica** [Si no se indica en la sección ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) medicamento(s) probado(s) y los resultados de prueba(s) de medicamentos (2) si se trata de un resultado adverso, detalle el/los medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno, (3) si es ineficacia terapéutica, detalle la dosis máxima y la duración de la terapia para el/los medicamento(s) probado(s), (4) si están contraindicados, detalle el motivo específico por el que el/los medicamento(s) preferido(s)/otros medicamento(s) del formulario están contraindicados].

☐ **El paciente está estable con el/los medicamento(s) actuales; alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con cambio de medicamento**. Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué este resultado sería esperado, p. ej., la afección ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, múltiples medicamentos requeridos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no se controló previamente (p. ej., hospitalización o frecuentes visitas médicas por dolor agudo, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

☐ **Necesidad médica de diferentes formas de dosificación o dosis más altas** [Especifique a continuación: (1) forma(s) de dosificación o dosis(s) probadas y resultado de prueba(s) de medicamentos; (2) explique el motivo médico, (3) incluya por qué la administración menos frecuente con una concentración más alta no es una opción, si existe una concentración más alta].

☐ **Solicitud de excepción del nivel del formulario** Si no se indica en la sección "ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS", especifique a continuación: (1) medicamento(s) preferido(s) o del formulario probado(s) y resultados de prueba(s) de medicamentos, (2) si es un resultado adverso, indique el/los medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno, (3) si es ineficacia terapéutica/no es tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para el/los medicamento(s) probado(s), (4) si están contraindicados, indique el motivo específico por el que el/los medicamento(s) preferido(s)/otros medicamentos del formulario están contraindicados].

☐ **Otro** (explique a continuación)

_____
_____
_____
_____
_____