

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Domicilio: Denver Health Medical Plan, Inc.
777 Bannock, MC 6000
Denver, CO 80204

Número de fax: 303-602-2081

Correo electrónico: ManagedCarePAR@dhha.org.

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 877-357-0963 o a través de nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Quién puede realizar una solicitud: la persona que emite la receta 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. Póngase en contacto con nosotros para saber cómo nombrar a un representante.

Información del inscrito

Nombre del inscrito		Fecha de nacimiento
Domicilio del inscrito		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	N.º de id. de miembro del inscrito	

Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es el inscrito ni la persona que emite la receta:

Nombre del solicitante		
Relación del solicitante con el inscrito		
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

Documentación de representación para solicitudes hechas por otra persona que no sea el inscrito o la persona que emite la receta en nombre del inscrito:

Adjunte la documentación que demuestre el poder para representar al inscrito (un formulario de autorización de representación completo CMS-1696 o documento equivalente por escrito). Para obtener más información sobre el nombramiento de un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento con receta que está solicitando (Si lo sabe, incluya la dosis y la cantidad solicitada por mes):
--

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del *Formulario de medicamentos*).*
- He estado usando un medicamento que estaba incluido anteriormente en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se está eliminando o se eliminó de esta lista durante el año del plan (excepción del *Formulario de medicamentos*).*
- Solicito autorización previa para el medicamento solicitado por la persona que emite la receta.*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento solicitado por la persona que emite la receta (excepción del *Formulario de medicamentos*).*
- Solicito una excepción al límite del plan para la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para que pueda obtener la cantidad de píldoras solicitada por la persona que emite la receta (excepción del *Formulario de medicamentos*).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento solicitado por la persona que emite la receta que el que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de niveles).*
- He estado usando un medicamento incluido anteriormente en un nivel de copago inferior, pero se está transfiriendo o se transfirió a un nivel de copago más alto (excepción de niveles).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento de lo que debería haber cobrado.
- Quiero ser reembolsado por un medicamento con receta cubierto que pagué como gasto de desembolso directo.

*** NOTA: Si está solicitando una excepción del *Formulario de medicamentos* o de niveles, la persona que emite la receta DEBE proporcionar una declaración que acredite su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de gestión de utilización de servicios) pueden requerir información acreditativa. La persona que emite la receta puede utilizar la "Información acreditativa para una solicitud de excepción o autorización previa" adjunta para acreditar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*Adjunte los documentos acreditativos correspondientes*):

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o la persona que emite la receta creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría dañar seriamente su vida, salud o capacidad para recuperar la máxima función, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que emite la receta indica que esperar 72 horas podría dañar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 24 horas. Si no obtiene el apoyo de la persona que emite la receta para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación acelerada de cobertura si nos pide que le devolvamos el pago de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 24 HORAS. (Si tiene una declaración acreditativa de la persona que emite la receta, adjúntela a esta solicitud).

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

Información acreditativa para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN DEL *FORMULARIO DE MEDICAMENTOS* y DE NIVELES no se pueden procesar sin una declaración acreditativa de la persona que emite la receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información acreditativa.

SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que aplicar el plazo de revisión estándar de 72 horas puede comprometer seriamente la vida o la salud del inscrito o la capacidad de este para recuperar la máxima función.

Información de la persona que emite la receta		
Nombre		
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio	Fax	
Firma de la persona que emite la receta		Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicación:	Dosis y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO COMIENZO	Duración esperada de la terapia:	Cantidad por 30 días:
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: indique todos los diagnósticos tratados con el medicamento solicitado y los códigos CIE-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).		Código(s) CIE-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Código(s) CIE-10

HISTORIAL DE LOS MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de la(s) afección(afecciones) que requiere(n) el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS (Si el límite de cantidad es un problema, enumere la dosis unitaria/la dosis diaria total probada).	FECHAS de pruebas de medicamentos	RESULTADOS de pruebas de medicamentos previos FRACASO frente a INTOLERANCIA (Explique).

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

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

¿Existe alguna **CONTRAINDICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS (FDA)** para el medicamento solicitado? SÍ NO

¿Existe alguna inquietud por una **INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS** con la adición del medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del inscrito? SÍ NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente es afirmativa, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la inquietud señalada y 3) especifique el plan de control para garantizar la seguridad.

GESTIÓN DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Si el inscrito es mayor 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 (Complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide).

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

¿Sabe si otras personas han emitido recetas para este inscrito? SÍ NO
En caso afirmativo, explique.

¿Se considera médicamente necesaria la dosis diaria de MED declarada? SÍ NO

¿Sería insuficiente una dosis diaria de MED menor para controlar el dolor del inscrito? SÍ NO

FUNDAMENTO 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 a continuación si no se ha indicado ya en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anteriormente en el formulario: (1) medicamento(s) probado(s) y resultados de la(s) prueba(s) farmacológica(s); (2) si hubo resultados adversos, enumere el(los) medicamento(s) y los resultados adversos para cada uno; (3) si hubo un fracaso terapéutico, enumere la dosis máxima y la duración de la terapia para el(los) medicamento(s) probado(s); (4) si hubo contraindicación(contraindicaciones), indique la razón específica por la que el(los) medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del *Formulario de medicamentos* está(n) contraindicado(s)].
- El paciente está estable con el(los) medicamento(s) actual(es); alto riesgo de resultado clínico adverso sustancial con cambio de medicación.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso sustancial anticipado y por qué se esperaría un resultado adverso sustancial, por ejemplo, la afección ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, múltiples medicamentos necesarios para controlar la afección); el paciente tuvo un resultado adverso sustancial cuando la afección no fue controlada previamente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación sustancial del estado funcional, dolor y sufrimiento injustificados), etc.
- Necesidad médica de diferentes formas de dosificación o dosificación más alta.** [Especifique a continuación: (1) forma(s) de dosificación o dosificación (dosificaciones) probada(s) y resultado de la(s) prueba(s) farmacológica(s); (2) explique la razón médica; (3) incluya por qué la dosificación menos frecuente con una mayor dosis no es una opción, si existe una dosis más alta].
- Solicitud de excepción de nivel del *Formulario de medicamentos*.** Especifique a continuación si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anteriormente en el formulario: (1) medicamento(s) del *Formulario de medicamentos* o preferido(s) probado(s) y resultados de pruebas(s) farmacológica(s); (2) si hubo resultados adversos, enumere el(los) medicamento(s) y los resultados adversos para cada uno; (3) si hubo fracaso terapéutico/la eficacia no fue la misma que con el medicamento solicitado, enumere la dosis máxima y la duración de la terapia para el(los) medicamento(s) probado(s); (4) si hubo contraindicación(contraindicaciones), indique la razón específica por la que el(los) medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del *Formulario de medicamentos* está(n) contraindicado(s)].
- Otros** (Explique a continuación).

Explicación requerida
