

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

Utilice este formulario para solicitar a nuestro plan una determinación de cobertura.

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 303-602-2070 (para miembros) o al 1-877-391-9291 (para proveedores), o a través de nuestro sitio web en DenverHealthMedicalPlan.org/for-providers/provider-pharmacy-information (para proveedores). Usted, su médico o la persona que emite la receta, o su representante autorizado pueden realizar esta solicitud.

Inscrito del plan

Nombre	Fecha de nacimiento / /
Domicilio	Ciudad
Estado	Código postal
Teléfono	Nro. de id. del miembro

Si la persona que realiza esta solicitud no es el inscrito del plan o la persona que emite la receta:

Nombre del solicitante
Relación con el inscrito del plan
Domicilio (incluir ciudad, estado y código postal)
Teléfono
<input type="checkbox"/> Envíe la documentación que demuestre su poder para representar al inscrito con este formulario (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o documento equivalente). Para obtener más información sobre el nombramiento de 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 relacionado con esta solicitud (incluir información sobre la dosis y la cantidad si está disponible)

Tipo de solicitud

☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto de lo que debería haber cobrado por un medicamento.

H5608_Rx_CovDecision_C

- ☐ Quiero ser reembolsado por un medicamento cubierto que ya pagué como gasto de desembolso directo.
- ☐ Solicito una autorización previa para un medicamento con receta (esta solicitud puede requerir información acreditativa).

Para los tipos de solicitudes que se enumeran a continuación, la persona que emite la receta DEBE proporcionar una declaración que acredite la solicitud. La persona que emite la receta puede completar las páginas 3 y 4 de este formulario, "Información acreditativa para una solicitud de excepción o autorización previa".

- ☐ 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 en la lista de medicamentos cubiertos del plan antes, pero ha sido o será eliminado durante el año del plan (excepción del *Formulario de medicamentos*).
- ☐ Solicito una excepción del requisito de probar otro medicamento antes de obtener un medicamento con receta (excepción del *Formulario de medicamentos*).
- ☐ Solicito una excepción del límite del plan para la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo obtener para que pueda recibir la cantidad de píldoras que me recetaron (excepción del *Formulario de medicamentos*).
- ☐ Solicito una excepción de las reglas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de obtener un medicamento con receta (excepción del *Formulario de medicamentos*).
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por un medicamento con receta de lo que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de niveles).
- ☐ Ya he usado un medicamento que estaba en un nivel de copago inferior, pero ha pasado o pasará a un nivel de copago más alto (excepción de niveles).

Información adicional que debemos considerar (*presentar los documentos acreditativos con este formulario*):

¿Necesita una decisión acelerada?

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 recibe el apoyo de la persona que emite la receta para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión acelerada si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya recibió).

☐ **Sí, necesito una decisión dentro de las 24 horas.** Si tiene una declaración acreditativa de la persona que emite la receta, adjúntela a esta solicitud.

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

Cómo presentar este formulario

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

Domicilio:

Denver Health Medical Plan, Inc
Attn: Pharmacy Department
777 Bannock St., MC6000
Denver, CO 80204

Número de fax: 303-602-2081

Información acreditativa para una solicitud de excepción o autorización previa
Para ser completado por la persona que emite la receta

☐ **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 (incluir ciudad, estado y código postal)	
Teléfono del consultorio	
Fax	
Firma	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 las afecciones que requieren 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 (explicar)

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

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

¿Existe alguna **CONTRAINDICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, 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 (responder estas cuatro 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 de opioides 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

☐ **Medicamentos alternativos probados anteriormente, pero con resultado adverso, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico.** [Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especificar a continuación: (1) medicamentos probados y resultados de las pruebas farmacológicas; (2) si hubo resultados adversos, enumere los medicamentos y los resultados adversos para cada uno; (3) si hubo un fracaso terapéutico, enumere la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados.]

- ☐ **Medicamentos alternativos contraindicados, no serían tan eficaces o se podrían esperar resultados adversos.** Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan eficaces o se esperaría un resultado clínico adverso sustancial, y por qué se esperaría este resultado. Si hay contraindicaciones, enumere la razón específica por la que los medicamentos preferidos/otros medicamentos del *Formulario de medicamentos* están contraindicados.
- ☐ **El paciente sufriría efectos adversos si estuviera obligado a cumplir con el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso sustancial esperado y por qué se esperaría este resultado.
- ☐ **El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultado clínico adverso sustancial con cambio de medicación.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso sustancial esperado y por qué se esperaría este resultado, 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) formas de dosificación o dosificaciones probadas y resultado de las pruebas farmacológicas; (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*** Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) medicamentos del *Formulario de medicamentos* o preferidos probados y resultados de pruebas farmacológicas; (2) si hubo resultados adversos, enumere los medicamentos 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 los medicamentos probados; (4) si hubo contraindicaciones, indique la razón específica por la que los medicamentos preferidos/otros medicamentos del *Formulario de medicamentos* están contraindicados.]
- ☐ **Otros** (explicar a continuación)