



PEDIDO DE DETERMINAÇÃO DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DO MEDICARE

Utilize este formulário para solicitar uma avaliação da cobertura do nosso plano. Você também pode solicitar uma avaliação de cobertura por telefone, ligando para 833-251-9739, ou através do nosso site, ccama.org. Você, seu médico ou profissional de saúde que prescreveu a medicação, ou seu representante autorizado, podem fazer essa solicitação.

Participante do Plano

Nome	Data de nascimento
Rua:	Cidade
Estado	CEP:
Telefone:	Número de identificação do membro

Se a pessoa que fizer este pedido não for o beneficiário do plano ou o médico prescritor:

Nome do solicitante
Relação com o participante do plano
Endereço (incluindo cidade, estado e CEP)
Telefone:
<input type="checkbox"/> Envie a documentação juntamente com este formulário comprovando sua autoridade para representar o beneficiário (um Formulário de Autorização de Representação CMS-1696 preenchido ou equivalente). Para obter mais informações sobre como nomear um representante, entre em contato com nosso plano ou ligue para 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4227). Usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.

Nome do medicamento sobre o qual este pedido se refere (inclua informações sobre dosagem e quantidade, se disponíveis)

Tipo de solicitação

- ☐ O meu plano de medicamentos me cobrou um copagamento mais alto por um medicamento do que deveria.
- ☐ Quero ser reembolsado por um medicamento coberto pelo plano de saúde que já paguei do meu próprio bolso.
- ☐ Solicito autorização prévia para um medicamento prescrito (este pedido pode exigir informações adicionais).

Para os tipos de solicitações listados abaixo, seu médico prescritor DEVE fornecer uma declaração que justifique a solicitação. Seu médico pode preencher as páginas 3 e 4 deste formulário, “Informações de apoio para uma solicitação de exceção ou autorização prévia”.

- ☐ Preciso de um medicamento que não esteja na lista de medicamentos cobertos pelo plano (exceção ao formulário).
- ☐ Eu estava usando um medicamento que constava na lista de medicamentos cobertos pelo plano, mas que foi ou será removido durante o ano do plano (exceção de formulário).
- ☐ Estou solicitando uma exceção à exigência de que eu experimente outro medicamento antes de receber um medicamento prescrito (exceção de formulário).
- ☐ Estou solicitando uma exceção ao limite do plano quanto ao número de comprimidos (limite de quantidade) que posso receber, para que eu possa obter a quantidade de comprimidos que me foi prescrita (exceção ao formulário).
- ☐ Estou solicitando uma exceção às regras de autorização prévia do plano, que devem ser cumpridas antes de eu receber um medicamento prescrito (exceção ao formulário).
- ☐ Meu plano de saúde cobra um valor de coparticipação maior para um medicamento prescrito do que para outro medicamento que trata minha condição, e eu quero pagar o valor de coparticipação menor (exceção de escalonamento).
- ☐ Eu estava usando um medicamento que antes tinha um custo de coparticipação menor, mas que foi ou será transferido para um nível de coparticipação maior (exceção de classificação).

Informações adicionais que devemos considerar (*envie quaisquer documentos comprobatórios com este formulário*) :

Precisa de uma decisão rápida?

Se você ou o seu profissional habilitado a prescrever acreditarem que esperar 72 horas por uma decisão padrão pode prejudicar seriamente a sua vida, saúde ou capacidade de recuperar a função máxima, você pode solicitar uma decisão acelerada (rápida). Se o seu profissional habilitado a prescrever indicar que esperar 72 horas pode prejudicar seriamente a sua saúde, nós daremos automaticamente uma decisão dentro de 24 horas. Se você não obtiver o apoio do seu médico para uma solicitação de urgência, decidiremos se o seu caso exige uma decisão rápida. (Não é possível solicitar uma decisão acelerada se você estiver pedindo o reembolso de um medicamento que já recebeu.)

- ☐ **SIM, preciso de uma decisão em 24 horas.** (se você tiver uma declaração de apoio do seu profissional habilitado a prescrever, anexe-a a este pedido).

Assinatura:

Data:

Como enviar este formulário

Envie este formulário e quaisquer informações complementares por correio ou fax:

Endereço:
CVS Caremark Part D, Appeals and Exceptions
Caixa Postal 52000, MC109
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax:
1-855-633-7673

Informações de apoio para um Pedido de Exceção ou Autorização Prévia A ser preenchido pelo médico prescritor.

☐ **SOLICITAÇÃO DE ANÁLISE ACELERADA:** ao marcar esta opção e assinar abaixo, declaro que aplicar o prazo padrão de 72 horas para a revisão pode colocar em sério risco a vida ou a saúde do associado ou a capacidade do associado de recuperar a função máxima.

Informações do profissional habilitado a prescrever

Nome	
Endereço (Inclua cidade, estado e CEP)	
Telefone do escritório	
Fax:	
Assinatura	Data

Diagnóstico e informações médicas

Medicamento:	Força e via de administração:	
Frequência:	Data de início: <input type="checkbox"/> NOVO COMEÇO	
Duração esperada do tratamento:	Quantidade por 30 dias:	
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO – Liste todos os diagnósticos tratados com o medicamento solicitado e os respectivos códigos CID-10. (Se a condição tratada com o medicamento solicitado for um sintoma, por exemplo: anorexia, perda de peso, falta de ar, dor no peito, náusea etc., informe o diagnóstico que causa o(s) sintoma(s), se conhecido)		Código(s) CID-10:
Outros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Código(s) CID-10:

HISTÓRICO DE USO DE MEDICAMENTOS: (para tratamento da(s) condição(ões) que requer(em) o medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS JÁ UTILIZADOS (se o limite de quantidade for um problema, informe a dose por unidade/dose diária total já utilizada)	DATAS de uso dos medicamentos	RESULTADOS de ensaios clínicos anteriores FALHA vs INTOLERÂNCIA (explique)

Qual é o regime atual de medicamentos do associado para a(s) condição(ões) que requer o medicamento solicitado?

SEGURANÇA DO MEDICAMENTO

Alguma **CONTRAINDICAÇÃO APONTADA PELA FDA** para o medicamento solicitado?

☐ SIM ☐ NÃO

Existe alguma preocupação com a possibilidade de **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA** ao adicionar o medicamento solicitado ao regime medicamentoso atual do paciente? ☐ SIM ☐ NÃO

Se a resposta para qualquer uma das perguntas acima for SIM, 1) explique o problema, 2) discuta os benefícios versus os riscos potenciais apesar da preocupação apontada, e 3) descreva o plano de monitoramento para garantir a segurança.

MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RISCO EM IDOSOS

Se o paciente tiver mais de 65 anos, você considera que os benefícios do tratamento com o medicamento solicitado superam os riscos potenciais para esse paciente idoso?

☐ SIM ☐ NÃO

OPIOIDES – (Responda a estas 4 perguntas se o medicamento solicitado for um opioide.

Qual é a dose equivalente de morfina (**DEM**) cumulativa diária?
mg/dia

Você tem conhecimento de outros médicos que prescrevem opioides para este paciente? ☐ SIM ☐ NÃO
Se sim, por favor, explique.

A dose diária de MED informada é clinicamente necessária? ☐ SIM ☐ NÃO

Uma dose diária menor de MED seria insuficiente para controlar a dor do associado? ☐ SIM ☐ NÃO

JUSTIFICATIVA DO PEDIDO

☐ **Medicamento(s) alternativo(s) previamente testado(s), mas com resultado adverso, por exemplo, toxicidade, alergia ou falha terapêutica** [Caso não esteja indicado na seção HISTÓRICO DE MEDICAMENTOS, especifique abaixo: (1) Medicamento(s) testado(s) e resultados do(s) teste(s) medicamentoso(s); (2) em caso de resultado adverso, listar o(s) medicamento(s) e o resultado adverso para cada um; (3) em caso de falha terapêutica, listar a dose máxima e a duração do tratamento para o(s) medicamento(s) testado(s).

☐ **Medicamentos alternativos contraindicados, que não seriam tão eficazes ou que teriam maior probabilidade de causar efeitos adversos.** É necessária uma explicação específica sobre por que o(s) medicamento(s) alternativo(s) não seriam tão eficazes ou sobre o resultado clínico adverso significativo previsto, e por que esse resultado seria esperado. Se Contraindicações: liste o motivo específico pelo qual o(s) medicamento(s) preferencial(is)/outro(s) medicamento(s) da lista de medicamentos são contraindicados.

☐ **O paciente sofreria efeitos adversos se fosse obrigado a cumprir o requisito de autorização prévia.** É necessária uma explicação específica de qualquer resultado clínico adverso significativo previsto e o motivo pelo qual esse resultado seria esperado.

☐ **Paciente está estável com o(s) medicamento(s) atual(is); alto risco de evento clínico adverso significativo com mudança de medicação** Explique detalhadamente qualquer evento adverso significativo antecipado e por que seria esperado um resultado adverso significativo se houvesse troca de medicamento — por exemplo, a condição tem sido difícil de controlar (muitos medicamentos já testados, múltiplos medicamentos exigidos para controlar a condição), o paciente já apresentou evento adverso significativo quando a condição não estava controlada anteriormente (por exemplo: hospitalização ou visitas médicas de urgência frequentes, infarto, AVC, quedas, limitação funcional significativa, dor intensa e sofrimento), etc.

☐ **Necessidade médica de forma de dosagem diferente e/ou dosagem mais alta** [Especifique abaixo: (1) Forma(s) de dosagem e/ou dosagem(ns) testadas e resultado(s) da(s) tentativa(s) de uso; (2) Explique a razão médica; (3) Inclua por que uma dosagem menos frequente com concentração mais alta não é uma opção — se existir uma concentração mais alta]

☐ **Solicitação de exceção de nível do formulário** Caso não esteja indicado na seção HISTÓRICO DE MEDICAMENTOS, especifique abaixo: (1) Medicamento(s) preferido(s) ou da lista testado(s) e resultados da(s) tentativa(s); (2) Em caso de resultado adverso, liste o(s) medicamento(s) e o resultado adverso para cada um; (3) Em caso de falha terapêutica (não tão eficaz quanto o medicamento solicitado), liste a dose máxima e a duração do tratamento para o(s) medicamento(s) testado(s); (4) Em caso de contraindicação(ões), liste a razão específica pela qual o(s) medicamento(s) preferido(s)/outros da lista estão contraindicados.]

☐ **Outros** (explicar abaixo)

O CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) é um Plano de Necessidades Especiais com Dupla Elegibilidade (D-SNP), com contrato junto ao Medicare e ao programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. A inscrição no plano depende da renovação do contrato do plano com o Medicare.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 833-251-9739 (TTY 711).

Você pode obter este documento gratuitamente em outros formatos, como letras grandes, braile ou áudio. Ligue para 833-251-9739 (TTY 711), 24 horas por dia, sete dias por semana. A ligação é gratuita.