SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

Use este formulario para solicitar al plan una determinación de cobertura. También puede hacerlo por teléfono al 1-833-251-9739 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana, o a través de nuestro sitio web **CommonwealthCareAlliance.org/MA**. Usted, su médico o el emisor de la receta o su representante autorizado pueden presentar esta solicitud.

Miembro del plan

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección (calle)	Ciudad
Estado	Código postal
Teléfono	Número de identificación del miembro

Si quien presenta esta solicitud no es el miembro del plan ni el emisor de la receta:

Nombre del solicitante
Relación con el miembro del plan
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)
Teléfono
☐ Adjunte a este formulario documentación que demuestre su autoridad para representar al miembro (una Autorización de Representación, Formulario CMS-1696, completa o un documento equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, póngase en contacto con el 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 por el cual se presenta esta solicitud (incluya la información sobre la dosis y la cantidad si la conoce).

Tipo de solicitud

☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto que el correspondiente por un medicamento.

☐ Quiero el reembolso de un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo.

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

Para los tipos de solicitudes que se indican a continuación, el emisor de la receta DEBE presentar una declaración que la justifique. Además, 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 se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).

☐ Estuve usando un medicamento que antes estaba en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero ya lo retiraron o lo retirarán durante el año del plan (excepción al formulario).

☐ Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de que me entreguen el medicamento recetado (excepción al formulario).

☐ Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que me entregan para poder recibir la cantidad que me prescribieron (excepción al formulario).

☐ Solicito una excepción a las reglas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de que me entreguen un medicamento recetado (excepción al formulario).

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

☐ Estuve usando un medicamento que antes se encontraba en un nivel de copago inferior, pero lo subieron o lo subirán de nivel (excepción de nivel).

Información adicional para considerar *(adjunte a este formulario los documentos de respaldo)*:

_____

_____

_____

_____

¿Necesita una decisión sin demora?

Si usted o el emisor de la receta creen que esperar 72 horas por una decisión estándar podría poner en serio peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su función al máximo, puede solicitar una decisión sin demora (rápida). Si el emisor de la receta indica que esperar 72 horas podría poner en serio peligro su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de 24 horas. Si no recibe el apoyo del emisor de la receta para una solicitud sin demora, decidiremos si su caso requiere de una decisión rápida. (No puede pedir una decisión sin demora si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya recibió).

☐ **SÍ, necesito una decisión dentro de las siguientes 24 horas.** Si tiene una declaración justificativa provista por el emisor de la receta, adjúntela a esta solicitud.

Firma:	**Fecha:**

Cómo presentar este formulario
Envíe este formulario y la información de respaldo que corresponda por correo electrónico o fax:

Dirección:
CVS Caremark Part D, Appeals and Exceptions
P.O. Box 52000, MC109
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax:
1-855-633-7673

☐ SOLICITUD DE REVISIÓN SIN DEMORA: al marcar esta casilla y firmar debajo, certifico que el plazo de revisión estándar de 72 horas podría comprometer seriamente la vida o la salud del miembro o su capacidad para recuperar su función al máximo.

Información del emisor de la receta

Nombre	
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	
Teléfono del consultorio	
Fax	
Firma	Fecha

Información médica y de diagnóstico

Medicamento:	Concentración y vía de administración:	
Frecuencia:	Fecha de inicio: **☐ PRIMERA VEZ**	
Duración prevista del tratamiento:	Cantidad cada 30 días:	
Estatura/peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: indique todos los diagnósticos para los cuales se solicita el medicamento, con sus correspondientes códigos ICD-10. (Si el medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento de síntomas, como anorexia, pérdida de peso, falta de aire, dolor de pecho, náuseas, etc., indique el diagnóstico que los ocasiona en caso de conocerlo).		**Código ICD-10**
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		**Código ICD-10**

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO (de las afecciones para las cuales se solicita el medicamento)

MEDICAMENTOS PROBADOS (Si existe un límite de cantidad, indique la dosis unitaria o la dosis diaria total que se probó).	**FECHAS de prueba**	**RESULTADOS de pruebas anteriores FRACASO o INTOLERANCIA (Explique).**

¿Cuál es el tratamiento que recibe actualmente el miembro para las afecciones que trata el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO		
¿El medicamento solicitado presenta **CONTRAINDICACIONES ADVERTIDAS POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FDA)**?	☐ **SÍ**	☐ **NO**
¿Existen posibles **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS** por combinar el medicamento solicitado con el tratamiento actual del miembro?	☐ **SÍ**	☐ **NO**
Si responde afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores: 1) explique el problema, 2) compare los beneficios con los posibles riesgos a pesar del problema señalado y 3) indique un plan de seguimiento para controlar la seguridad.		

TRATAMIENTOS DE ALTO RIESGO EN PERSONAS MAYORES		
Si el miembro tiene más de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los posibles riesgos para este paciente de edad avanzada?	☐ **SÍ**	☐ **NO**

OPIOIDES (Responda estas 4 preguntas si el medicamento solicitado es un opioide).		
¿Cuál es la dosis equivalente de morfina **(MED)** diaria acumulada?		**mg/día**
¿Sabe si el miembro recibe recetas de opioides de otros emisores? Si es así, explique.	☐ **SÍ**	☐ **NO**
¿La MED diaria indicada es médicamente necesaria?	☐ **SÍ**	☐ **NO**
¿Una MED diaria total menor sería insuficiente para aliviar el dolor que siente el miembro?	☐ **SÍ**	☐ **NO**

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

☐ **Se probaron antes medicamentos alternativos con respuestas adversas como reacciones adversas, alergia o fracaso terapéutico, etc.** Si no lo indicó en la sección

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO, especifique aquí: 1) los medicamentos que se probaron y los resultados que se obtuvieron; 2) en el caso de respuestas adversas, los medicamentos y las respuestas en cada caso; 3) en el caso de fracaso terapéutico, la dosis máxima y la duración del tratamiento con los medicamentos probados.

☐ **Los medicamentos alternativos están contraindicados, no tendrían la misma eficacia o podrían causar respuestas adversas.** Explique con precisión por qué los medicamentos alternativos no tendrían la misma eficacia o podrían causar respuestas clínicas adversas considerables. En el caso de contraindicaciones, indique el motivo particular por el que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados.

☐ **El paciente sufriría efectos adversos por cumplir con el requisito de autorización previa.** Explique con precisión las respuestas clínicas adversas considerables que se prevén y por qué se espera que ocurran.

☐ **El paciente está estable con los medicamentos actuales y existe un riesgo alto de que se produzcan respuestas clínicas adversas considerables si se cambia el tratamiento.** Explique con precisión las respuestas clínicas adversas considerables que se prevén y por qué se espera que ocurran, por ejemplo, porque fue difícil controlar la afección (se probaron muchos medicamentos, se necesitaron varios medicamentos para controlarla), el paciente tuvo una respuesta adversa considerable anteriormente cuando la afección no estaba bajo control (como hospitalización o visitas al médico frecuentes por urgencias, infarto, accidente cerebrovascular, caídas, limitación importante de las funciones, dolor y sufrimiento extremos), etc.

☐ **Existe una necesidad médica de cambiar la forma farmacéutica o subir la dosis.** Especifique a continuación: 1) formas farmacéuticas o dosis probadas y respuestas a las pruebas; 2) explicación del motivo médico; 3) si existe una concentración mayor, explicación del motivo por el que no es recomendable una menor frecuencia de dosis con una concentración mayor.

☐ **Se solicita una excepción al nivel del formulario.** Si no lo indicó en la sección ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO, especifique aquí: 1) los medicamentos del formulario o preferidos que se probaron y los resultados que se obtuvieron; 2) en el caso de respuestas adversas, los medicamentos y las respuestas en cada caso; 3) en el caso de fracaso terapéutico o menor eficacia en comparación con el medicamento solicitado, la dosis máxima y la duración del tratamiento con los medicamentos probados; 4) en el caso de contraindicaciones, el motivo específico por el que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados.

☐ **Otra** (explique a continuación).

_____
_____
_____
_____
_____

CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP) con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts MassHealth (Medicaid). La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

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

Puede obtener este documenta gratuitamente en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-833-251-9739 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. La llamada es gratis.