



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

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

También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono al 833-251-9739 o a través de nuestro sitio web en ccama.org. Usted, su médico o la persona autorizada a emitir recetas, o su representante autorizado pueden realizar esta solicitud.

Inscrito en el plan

Nombre	Fecha de nacimiento.
Dirección postal	Ciudad
Estado	CÓDIGO POSTAL
Teléfono	Número de identificación de miembro

Si la persona que realiza esta solicitud no es el inscrito en el plan o el médico:

Nombre del solicitante
Relación con el inscrito en el plan
Dirección postal (incluir ciudad, estado y código postal)
Teléfono
<input type="checkbox"/> Envíe documentación junto con este formulario que demuestre su autoridad para representar al inscrito (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar 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 al que se refiere esta solicitud (incluya información sobre la dosis y la cantidad si está disponible)

Tipo de solicitud

- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto del que correspondía por un medicamento.
- ☐ Quiero que me reembolsen un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo.
- ☐ Estoy solicitando autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información de respaldo).

Para los tipos de solicitudes que se enumeran a continuación, su médico DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud. Su médico 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 anteriormente, pero fue eliminado o será eliminado 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 de la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad de píldoras recetada (excepción al formulario).
- ☐ Solicito una excepción a las reglas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de obtener un medicamento recetado (excepción al formulario).
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por un medicamento recetado que por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).
- ☐ He estado usando un medicamento que antes estaba en un nivel de copago más bajo, pero que fue trasladado o se trasladará a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).

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

¿Necesita una decisión acelerada?

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

- ☐ **SÍ, necesito una decisión dentro de 24 horas.** Si tiene una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud.

Firma:

Fecha:

Cómo enviar este formulario

Envíe este formulario y cualquier información de respaldo por correo 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

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa Completado por el médico

☐ **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 inscrito o su capacidad de recuperar la función máxima.

Información del médico

Nombre	
Dirección postal (incluir 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: <input type="checkbox"/> NUEVO COMIENZO	
Duración esperada del tratamiento:	Cantidad para 30 días:	
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: enumere todos los diagnósticos que se tratan con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. (Si lo 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 el/los síntoma(s), si se conoce)		Código(s) ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Código(s) ICD-10

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las afecciones que requieren el medicamento solicitado)

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

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

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

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

¿Existe alguna inquietud sobre una **INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA** con la adición del medicamento solicitado al régimen farmacológico actual del inscrito? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente es sí, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación señalada, y 3) elabore un plan de monitoreo para garantizar la seguridad.

MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PERSONAS MAYORES

Si el inscrito tiene más de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente de edad avanzada? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

OPIOIDES: (responda estas 4 preguntas si el medicamento solicitado es un opiode)

¿Cuál es la dosis equivalente acumulada diaria de morfina (**MED**)?
mg/día

¿Sabe si otras personas le recetan opioides a este inscrito? ☐ **SÍ** ☐ **NO**
Si es así, explique.

¿La dosis diaria MED indicada es médicamente necesaria? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿Sería insuficiente una dosis diaria total de MED más baja para controlar el dolor del inscrito? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD

☐ **Medicamentos alternativos probados previamente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o falla terapéutica** [Especifique a continuación si no se indicó anteriormente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (1) medicamentos probados y resultados de las pruebas de los medicamentos; (2) si el resultado fue adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso de cada uno; (3) si hubo falla terapéutica, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento con los medicamentos probados]

☐ **Los medicamentos alternativos están contraindicados; no serían tan eficaces o no tendrían probabilidades de causar resultados adversos.** Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan eficaces o no se anticiparía un resultado clínico adverso significativo, y por qué se esperaría este resultado. Si hay contraindicaciones, indique el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados.

- ☐ **El paciente sufriría efectos adversos si se le exigiera cumplir con el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo previsto y por qué se esperaría dicho resultado.
- ☐ **El paciente está estable con el medicamento actual; alto riesgo de un resultado clínico adverso significativo con el cambio de medicación** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría este resultado, por ejemplo, la afección ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se requieren múltiples medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no estaba controlada previamente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.
- ☐ **Necesidad médica de forma farmacéutica diferente o dosis más alta** [Especifique a continuación: (1) forma(s) farmacéutica(s) o dosis probadas y resultado de las pruebas con el medicamento; (2) explicar el motivo médico; (3) incluir por qué una dosificación menos frecuente con una concentración mayor no es una opción, si existe una concentración mayor]
- ☐ **Solicitud de excepción de nivel del formulario** Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) medicamento(s) preferido(s) o del formulario probado(s) y resultados de prueba(s) del medicamento; (2) si el resultado es adverso, enumere el/los medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno; (3) en caso de falla terapéutica/menor eficacia que el medicamento solicitado, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento con el/los medicamento(s) probado(s); (4) si hay contraindicaciones, enumere el motivo específico por el cual el/los medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del formulario están contraindicados]
- ☐ **Otro** (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 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 documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 833-251-9739 (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

Aviso de no discriminación

Commonwealth Care Alliance, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones relacionadas con afecciones médicas, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, discapacidad (incluido el deterioro conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia.

Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Proporciona recursos y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de forma eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idioma gratuitos para personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro.

Si considera que Commonwealth Care Alliance, Inc. no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por cuestiones relacionadas con afecciones médicas, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluido el deterioro conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar un reclamo en la siguiente dirección:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street, 11th Floor
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY: 711) fax: 857-453-4517
Correo electrónico: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Notice of Availability Interpreter Services

English: If you speak English, free language assistance services are available. Auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 833-251-9739 (TTY: 711).

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. También están disponibles sin costo recursos auxiliares y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 833-251-9739 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 如果您讲普通话，我们可以提供免费的语言协助服务。此外，还免费提供以无障碍格式提供信息的辅助工具和服务。请致电 833-251-9739 (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 如果您講粵語，我們可以提供免費的語言協助服務。此外，還免費提供以無障礙格式提供資訊的輔助工具和服务。請致電 833-251-9739 (TTY: 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang mga pantulong na tulong at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 833-251-9739 (TTY: 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles. Des aides et services auxiliaires permettant de fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 833-251-9739 (TTY : 711).

Vietnamese: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và phương tiện phụ trợ cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được miễn phí. Gọi 833-251-9739 (TTY: 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachunterstützungsdienste zur Verfügung. Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer +833-251-9739 (TTY: 711) an.

Korean: 한국어를 구사하는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 보조 도구와 서비스도 무료로 제공됩니다. 833-251-9739 (TTY: 711) 으로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, позволяющие получать информацию в доступных форматах. Звоните по номеру 833-251-9739 (TTY: 711).

Arabic: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية المجانية. وتتوفر أيضًا مساعدات وخدمات إضافية لتوفير المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 833-251-9739 (TTY: 711).

Hindi: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ परास्त्र में सूचना उपलब्ध कराने के लिए सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 833-251-9739 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian: Se parla italiano, può usufruire di servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono disponibili gratuitamente anche dei servizi e supporti ausiliari che forniscono informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 833-251-9739 (TTY: 711).

Portuguese: se você fala português, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis. Recursos e serviços auxiliares para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 833-251-9739 (TTY: 711).

Cape Verdean Creole: Si bu ta papia Kriolu di Kabu Verdi, sirvisus di apoiu lingustikui ta sta dispunível. També ta sta dispunível apoiu y sirvisus ausiliaris pa da informason na formatos asesível. Txoma pa 833-251-9739 (TTY: 711).

Haitian Creole: Si ou pale kreyòl Ayisyen, gen sèvis asistans lang gratis ki disponib. Gen èd ak sèvis oksilyè pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib ki disponib gratis tou. Rele 833-251-9739 (TTY: 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 833-251-9739 (TTY: 711).

Japanese: 日本語を話せる方は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。受け入れ可能な方法で情報を入手するための補助手段やサービスも無料でご利用いただけます。833-251-9739 (TTY: 711) にお電話ください。

Gujarati: જો તમે ગુજરાતી બોલનાર છો, તો મફત ભાષા સહાય સેવા ઉપલબ્ધ છે. માહિતીને સુલભ ફોર્મેટમાં પરદાન કરવા માટે સહાયક સહાય અને સેવા પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 833-251-9739 (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Lao/Laotian: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາພາສາພາສາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການພ້ອມສະໜອງຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແມ່ນຍັງສາມາດໃຊ້ໄດ້ດີເພື່ອສອບຖ້າ. ໂທ 833-251-9739 (TTY: 711).

Greek: Εάν μιλάτε ελληνικά, διατίθενται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Διατίθενται επίσης δωρεάν βοηθητικά μέσα και υπηρεσίες για την παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμη μορφή. Καλέστε στο 833-251-9739 (TTY: 711).

Khmer: បសិទ្ធិបើអនុគតិយភាសាខ្មែរ នេះ នឹងមាន ការផ្តល់ជូនសេវា ជំនួយជនភាសា ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ជំនួយ និងសេវា ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មាន នឹងមានផងដែរ ដែល ចម្លងលេខបើកាត 833-251-9739 (TTY: 711)។