

**SOLICITUD PARA DETERMINAR LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS
DE RECETA DE MEDICARE**

Usted puede enviarnos este formulario por correo o fax:

Dirección:
MedImpact Healthcare Systems, Inc.
Attention: PA Department
10181 Scripps Gateway Ct
San Diego, CA 92131

Número de fax:
1-858-790-7100

También puede pedirnos que determinemos la cobertura por teléfono llamando al 1-888-807-6806 o por medio de nuestro sitio web en www.villagecaremax.org.

Quién puede hacer una solicitud: Su recetante puede pedirnos que determinemos la cobertura en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o amigo) haga la solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Contáctenos para saber cómo nombrar a un representante.

Datos del inscrito

Nombre del inscrito		Fecha de nacimiento
Dirección del inscrito		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	# de identificación de miembro del inscrito	

Llene la siguiente sección SOLO si la persona solicitante no es la inscrita ni el recetante:

Nombre de la persona solicitante		
Relación de la persona solicitante con el inscrito		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

Documentación de la representación para las solicitudes hechas por una persona que no es la inscrita ni su recetante:

Adjunte la documentación que muestra la autoridad para representar al inscrito (un Formulario CMS-1696 de Autorización de Representación Llenado o su equivalente escrito). Para más información sobre cómo designar a un representante, contacte a su plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento de receta que usted está solicitando (si lo sabe, incluya la dosis y la cantidad mensual solicitada):

Solicitud para la determinación del tipo de cobertura

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).*
- He estado tomando un medicamento incluido anteriormente en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero está siendo eliminado o fue eliminado de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que mi recetante me ha recetado.*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que me recetó mi recetante (excepción al formulario).*
- Solicito una excepción al límite de número de pastillas (límite de cantidad) del plan que puedo recibir para que pueda recibir el número de pastillas que me recetó mi recetante (excepción al formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto para el medicamento que me recetó mi recetante que el que cobra para otro medicamento que trata mi padecimiento, y quiero pagar el copago más bajo (excepción a la clasificación por niveles).*
- He estado tomando un medicamento antes incluido en un nivel de copago más bajo, pero está siendo o fue movido a un nivel más alto de copago (excepción a la clasificación por niveles).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto de lo debido.
- Solicito reembolso de lo que pagué de mi bolsillo por un medicamento de receta cubierto.

***NOTA: Si usted está pidiendo una excepción al formulario o a la clasificación por niveles, su recetante DEBE proporcionar una declaración que justifica su solicitud. Las solicitudes sujetas a la autorización previa (o a cualquier otro requisito de control de utilización) pueden requerir información justificativa. Su recetante puede usar la “Información Justificativa para una Solicitud a la Excepción o Autorización Previa” adjunta para apoyar su solicitud.**

Información adicional que deberíamos considerar (*adjunte todo documento justificativo*):

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su recetante creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, salud o recuperación de su máxima capacidad funcional, puede pedir una decisión acelerada (rápida). Si su recetante indica que esperar 72 horas podría dañar gravemente

su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de 24 horas. Si usted no obtiene el apoyo de su recetante para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión acelerada. Usted no puede solicitar una determinación acelerada sobre la cobertura si nos pide que le reembolsemos lo que usted pagó por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 24 HORAS (si tiene una declaración justificativa de su recetante, adjúntela a esta solicitud).

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

Información justificativa para una solicitud de la excepción o autorización previa

Las solicitudes de la EXCEPCIÓN AL FORMULARIO y la CLASIFICACIÓN POR NIVELES no pueden procesarse sin la declaración justificativa del recetante. Las solicitudes de la AUTORIZACIÓN PREVIA podrían requerir información justificativa.

SOLICITUD PARA LA REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar abajo, yo certifico que aplicar el plazo de revisión estándar de 72 horas podría poner gravemente en peligro la vida o salud del inscrito o la recuperación de su máxima capacidad funcional.

Datos del recetante			
Nombre			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono del consultorio		Fax	
Firma del recetante			Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO	Duración esperada del tratamiento:	Cantidad por 30 días
Estatura y peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO – Por favor enumere todos los diagnósticos que están siendo tratados con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. (Si el padecimiento que está siendo tratado con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej. anorexia, adelgazamiento, falta de aire, dolor de pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa el/los síntoma(s) si lo conoce)		Código(s) ICD-10

Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Código(s) ICD-10
HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para tratar el/los padecimiento(s) que requiere(n) el medicamento solicitado)		
MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria o la dosis total diaria probada)	FECHAS de los ensayos clínicos	RESULTADOS de los ensayos clínicos anteriores INEFICACIA comparada con INTOLERANCIA (explique)
¿Cuál es la farmacoterapia actual del inscrito para el/los padecimientos que requiere(n) el medicamento solicitado?		

SEGURIDAD MEDICAMENTOSA	
¿Hay CONTRAINDICACIONES DE LA FDA para el medicamento solicitado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna inquietud de INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA si se agrega el medicamento solicitado al tratamiento medicamentoso actual del inscrito?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas anotadas arriba es sí, por favor 1) explique la cuestión, 2) comente sobre los beneficios en comparación con los posibles riesgos a pesar de la inquietud anotada, y 3) el plan de vigilancia para asegurar la seguridad	
CONTROL DE ALTO RIESGO DE LOS MEDICAMENTOS PARA LOS ANCIANOS	
Si el inscrito es mayor de 65 años, ¿cree usted que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado pesan más que los posibles riesgos en este paciente de la tercera edad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
OPIOIDES – (por favor conteste las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opiode)	
¿Cuál es la Dosis Equivalente de Morfina (MED) acumulativa diaria?	<input type="text"/> mg/día
¿Sabe usted si hay otros recetantes de opioides para este inscrito? Si es así, por favor explique.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Es la dosis diaria de MED declarada médicamente necesaria?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Sería una dosis total diaria más baja de MED insuficiente para controlar el dolor del inscrito?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
FUNDAMENTO PARA LA SOLICITUD	

Medicamento(s) alternativo (s) contraindicado(s) o previamente probado(s), pero con resultado adverso como toxicidad, alergia o ineficacia terapéutica [especifique abajo si no lo indicó ya en la sección anterior HISTORIAL DE MEDICAMENTOS del formulario: (1) Medicamento(s) probado(s) y resultados de el/los ensayo(s) clínico(s) (2) si el resultado fue adverso, indique el/los medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno, (3) si es una ineficacia terapéutica, indique la dosis máxima y duración de la terapia para el/los medicamento(s) probado(s), (4) si es una contraindicación o varias contraindicaciones, por favor indique la razón específica de por qué es/son contraindicado(s) el/los medicamento(s) preferido(s) u otro(s) medicamento(s) del formulario]

El paciente está estable con el/los medicamento(s) actual(es); alto riesgo de un resultado clínico importante con cambio de medicamento(s) Se exige una explicación concreta de cualquier resultado clínico adverso importante anticipado y de por qué se esperaría un resultado clínico adverso importante – p. ej. el padecimiento ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, múltiples medicamentos necesarios para controlar el padecimiento), el paciente tuvo un resultado adverso importante cuando el padecimiento no fue controlado previamente (p. ej. hospitalización o frecuentes visitas médicas agudas, infarto de miocardio, embolia, caídas, limitación considerable del estado funcional, excesivo dolor y sufrimiento), etc.

Necesidad médica para otra forma de administración y/o una dosis más alta [especifique a continuación: (1) Forma(s) de administración y/o dosis probadas y resultado de el/los ensayo(s) clínico(s); (2) explique la razón médica (3) incluya por qué una dosificación menos frecuente con mayor concentración no es una opción – si existe una mayor concentración]

Solicitud para la excepción a la clasificación por niveles [especifique abajo si no lo indicó en la sección anterior HISTORIAL DE MEDICAMENTOS del formulario: (1) medicamento(s) del formulario o preferido(s) probado(s) y resultados de el/los ensayo(s) clínico(s) (2) si el resultado fue adverso, indique el/los medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno, (3) si es una ineficacia terapéutica o no es tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y duración de la terapia para el/los medicamento(s) probado(s), (4) si hay una contraindicación o varias contraindicaciones, por favor indique la razón específica de por qué es/son contraindicado(s) el/los medicamento(s) preferido(s) u otro(s) medicamento(s) del formulario]

Otra cosa (explique a continuación)

Explicación obligatoria _____

