



SOLICITUD DE DETERMINACION DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCION DE MEDICARE

Este formulario puede enviarse a nosotros por correo o fax:

Dirección:
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172
Atención: Departamento de Parte D

Número de Fax: (844) 430-1705

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono llamando al número (877) 336-2069.

Quien puede realizar una solicitud: Su prescriptor puede solicitar una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) para hacer una petición para usted, esa persona debe ser su representante. En contacto con nosotros para aprender a nombrar un representante.

Información del afiliado

| | | |
|------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Nombre del afiliado | | Fecha de nacimiento |
| Dirección del afiliado | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Teléfono | # De ID de miembro del afiliado | |

Complete la siguiente sección solo si la persona que hace esta solicitud no es el afiliado o el prescriptor:

| | | |
|------------------------------------------|--------|---------------|
| Nombre del solicitante | | |
| Relación del solicitante con el afiliado | | |
| Dirección | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Teléfono | | |

Documentación de la representación de solicitudes hechas por alguien que no sea afiliado o afiliado's prescriptor:

Adjuntar la documentación que muestra la autoridad para representar al afiliado (una completa autorización de representación forma CMS-1696 o un equivalente escrito). Para obtener más información sobre se nombra a un representante, póngase en contacto con su plan o 1-800-Medicare.

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500).

H5431_PTDCOVDETREQ022_C_SPA Rev. 12/30/2020

Nombre del medicamento que está solicitando (si se conocen, incluyen fuerza y cantidad solicitada por mes):

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- necesito un medicamento que no está en la lista del plan de medicamentos cubiertos (excepción del formulario). *
- He estado usando un medicamento que fue previamente incluido en la lista del plan de medicamentos cubiertos, pero se suprime o fue quitado de esta lista durante el año del plan (excepción del formulario). *
- Solicito una autorización previa para el medicamento que mi recetor me ha recetado. *
- Solicitar una excepción a la exigencia que pruebe otro medicamento antes de obtener la droga mi prescriptor prescrito (excepción del formulario). *
- Solicitar una excepción al límite del plan sobre el número de pastillas (límite de cantidad) puedo recibir que puedo conseguir el número de pastillas mi prescriptor prescrito (excepción del formulario). *
- Mi plan de drogas cobra un copago más alto para la medicina que mi prescriptor le recetó que cobra por otro fármaco que trata mi condición y quiero pagar el copago más bajo (excepción de interconexión). *
- He estado usando un medicamento que anteriormente se incluyó en un nivel de copago más bajo, pero se mueve a o fue movido a un nivel más alto de copago (excepción de interconexión). *
- Mi plan de medicamentos me cargado un copago más alto por un medicamento que debe tener.
- quiero ser reembolsado por una medicina recetada cubierta que he pagado de su bolsillo para.

*** Nota: Si usted está solicitando por una excepción de formulario o de nivel, el prescriptor debe proporcionar una declaración en apoyo de su petición. Las solicitudes están sujetas a autorización previa o cualquier otro requisito de manejo de utilización, pueden requerir información de apoyo. Su prescriptor puede utilizar " Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa" adjunta para apoyar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte cualquier documento de respaldo*):

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500).

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su recetador creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar seriamente su vida, la salud o la capacidad para recuperar la función máxima, puede pedir una decisión expedita (rápida). Si su recetador indica que esperar 72 horas podría perjudicar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de 24 horas. Si no obtiene el respaldo de su prescriptor para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si usted nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento que usted ha recibido.

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

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

Información de respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa

Solicitud de FORMULARIO y EXCEPCIÓN EN NIVELES, no se puede procesar sin justificativo de un prescriptor. Las solicitudes de autorización previa pueden requerir información de apoyo.

SOLICITUD DE REVISIÓN DE EXPEDIDA: Al marcar esta casilla y firmar abajo, yo certifico que aplicar el plazo de revisión estándar 72 horas puede comprometer seriamente la vida o la salud de la persona inscrita o capacidad del afiliado para recuperar la función máxima.

| Información del Prescriptor | | | |
|------------------------------------|--------|---------------|-------|
| Nombre | | | |
| Dirección | | | |
| Ciudad | Estado | Código postal | |
| Teléfono de oficina | | Número de Fax | |
| Firma del Prescriptor | | | Fecha |

| Diagnóstico e Información Médica | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| Medicamento: | Fuerza y vía de administración: | Frecuencia: |
| Fecha Iniciada: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO | Duración prevista del tratamiento: | Cantidad por 30 días |
| Altura/Peso: | Alergias a medicamento: | |

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500).

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| DIAGNÓSTICO – Por favor liste todos los diagnósticos siendo tratado con el medicamento solicitado y los correspondientes códigos de ICD-10. (Si la condición de ser tratada 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) ICD-10 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|

| | |
|----------------------------------------|-------------------------|
| Otros DIAGNÓSTICOS RELACIONADO: | Código(s) ICD-10 |
|----------------------------------------|-------------------------|

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las condiciones que requiere el medicamento solicitado)

| MEDICAMENTOS TRATADAS (si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/total de dosis diaria probada) | FECHAS de ensayos de medicamentos | RESULTADOS de ensayos de medicamentos anteriores FALLO vs INTOLERANCIA (explicar) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

¿Cuál es régimen de medicamentos actual del afiliado para la condición(es) que requiere el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS

¿**FDA SEÑALÓ CONTRAINDICACIONES** para el medicamento solicitado? **SÍ** **NO**

¿Alguna preocupación por una **INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS** con la adición del medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del afiliado? **SÍ** **NO**

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas es sí, por favor 1) explique el problema, 2) discuta los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación mencionada y 3) un plan de monitoreo para garantizar la seguridad

GESTIÓN DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN LOS ANCIANOS

Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿siente que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente anciano? **SÍ** **NO**

OPIOIDES - (por favor complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

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

¿Conoce de otros opioides prescriptores para esta afiliado? **SÍ** **NO**
 Si es así, por favor explique.

¿Se considera que la dosis diaria indicada de MED es medicamento necesaria? SÍ NO

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

RACIONALIZACION POR SOLICITUD

Medicamentos alternativos medicamentos contraindicados o probado anteriormente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico [especifique a continuación si no se ha indicado anteriormente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS en el formulario: (1) medicamento probado y los resultados de prueba de medicamentos (2) Si resultado adverso, indique el medicamento(s) y resultados adversos para cada uno, (3) si fracaso terapéutico, indique la dosis máxima y la duración de la terapia de medicamentos probados, (4) si hay alguna contraindicación, por favor indique por qué razón específica medicamentos preferido u otros medicamentos del formulario son contraindicado]

El paciente se encuentra estable en medicamento(s) actual; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con medicación cambiar Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría un resultado adverso significativo, por ejemplo, la condición ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos tratados, múltiples medicamentos requerido para controlar la condición), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la condición no se controló previamente (hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

Necesidad médica de formas de dosificación diferentes y/o dosis más altas [Especifique a continuación: (1) forma(s) de dosificación y/o dosis probadas y resultado de prueba de medicamentos; (2) explicar la razón médica (3) incluir por qué una dosificación menos frecuente con una mayor potencia no es una opción – si existe una mayor potencia

Solicitud de excepción de nivel de formulario Especifique a continuación si no se indica en la sección HISTORIA DE MEDICAMENTOS anteriormente: (1) medicamento del formulario o medicamento preferido probado y los resultados de la prueba (2) droga si adversos, medicamentos de la lista de resultados y resultados adversos de cada uno, (3) si el fracaso terapéutico /no tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento de medicamentos probados, (4) si hay alguna contraindicación, por favor indique la razón específica por la que el/los medicamentos del formulario están contraindicados]

Otro (explique abajo)

Explicación Requerida _____

