SOLICITUD PARA UNA 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 **1.833.793.3767** o a través de nuestro sitio web de **www.alamedaalliance.org**. Usted, el médico que emite la receta o su representante autorizado pueden realizar esta solicitud.

Persona inscrita al plan

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

Si la persona que realiza esta solicitud no es la persona inscrita al plan ni el médico que emite la receta:

Nombre del solicitante
Relación con la persona inscrita al plan
Dirección (incluya la ciudad, el estado y el código postal)
Teléfono
☐ Envíe, junto con este formulario, documentación que demuestre su autoridad para representar a la persona inscrita (un Formulario CMS-1696 de autorización de representación completado o un equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar a 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 la información sobre la dosis y la cantidad, si está disponible)**.**

Tipo de solicitud

☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago mayor de lo que debería haber cobrado por un medicamento.

☐ Quiero que me reembolsen un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo.

☐ Solicito autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud podría requerir información de respaldo).

Para los tipos de solicitudes que figuran a continuación, el médico que emite la receta DEBE proporcionar una declaración que apoye la solicitud. El médico que emite la receta puede completar las páginas 3 y 4 de este formulario, "Información de apoyo para una solicitud de excepción o autorización previa"**.**

☐ Necesito un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario).

☐ He estado utilizando un medicamento que antes figuraba en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que fue o será eliminado a lo largo del año del plan (excepción del formulario).

☐ Solicito una excepción para el requisito de probar otro medicamento antes de obtener un medicamento recetado (excepción del formulario).

☐ Solicito una excepción para el límite del plan sobre el número de pastillas (límite de cantidad) que puedo obtener para poder adquirir el número de pastillas que me recetaron (excepción del formulario).

☐ Solicito una excepción para las normas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de obtener un medicamento recetado (excepción del formulario).

☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por un medicamento recetado que lo que se cobra 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 o será trasladado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel) .

Información adicional que deberíamos tener en cuenta *(envíe cualquier documento de apoyo junto con este formulario)*:

_____

_____

_____

_____

¿Necesita una decisión expedita?

Si usted o el médico que emite la receta cree que esperar 72 horas para obtener una decisión estándar podría representar un daño grave para su vida, para su salud o para su capacidad de recuperar al máximo sus funciones, puede solicitar una decisión expedita (rápida). Si el médico que emite la receta indica que esperar 72 horas podría dañar gravemente su salud, automáticamente, le daremos una decisión en las siguientes 24 horas. Si no cuenta con el apoyo del médico que emite la receta para obtener una solicitud expedita, decidiremos si su caso amerita una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión expedita si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya recibió).

☐ **SÍ, necesito una decisión en un plazo de 24 horas.** Si tiene una declaración de apoyo del médico que emite la receta, adjúntela a esta solicitud.

Firma:	**Fecha:**

Cómo enviar este formulario

Envíe este formulario y cualquier información de apoyo por correo o fax:

Dirección:
Alameda Alliance Wellness

200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113

Número de fax:
Estándar: **1.855.508.1714**
Urgente: **1.855.806.6237**

Información de apoyo para una solicitud de excepción o una autorización previa
Debe completarlo el médico que emite la receta

☐ **SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN EXPEDITA: Al elegir esta opción y firmar más abajo, declaro que esperar el tiempo estándar de 72 horas de la revisión puede poner en grave riesgo la vida o la salud de la persona inscrita o su capacidad para recuperar al máximo sus funciones.**

Información del médico que emite la receta

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

Diagnóstico e información médica

Medicamento:	Concentración y vía de administración:
Frecuencia:	Fecha de inicio de la toma: ☐ **NUEVO INICIO**
Duración prevista del tratamiento:	Cantidad por 30 días:
Altura/peso:	Alergias a medicamentos:

DIAGNÓSTICO: indique todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes (Si la afección que se trata con el medicamento solicitado es un síntoma [por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor torácico, náuseas, etc.], indique el diagnóstico que causa el síntoma o los síntomas si se conoce)**.**	**Códigos ICD-10**
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:	**Códigos ICD-10**

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de la(s) afección(es) que requiere(n) el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria o la dosis diaria total probada)	**FECHAS de las pruebas con medicamentos**	**RESULTADOS de las pruebas previas con medicamentos FALLA frente a INTOLERANCIA (explique)**

¿Cuál es el régimen farmacológico actual de la persona inscrita para la(s) afección(es) que requiere(n) el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿Existe alguna **CONTRAINDICACIÓN SEÑALADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, FDA)** para el medicamento solicitado?
☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿Existe alguna inquietud por una **INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA** al añadir el medicamento solicitado al régimen farmacológico actual de la persona inscrita? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es afirmativa, 1) explique el problema y 2) analice los beneficios frente a los posibles riesgos a pesar de la inquietud señalada y 3) el plan de seguimiento para garantizar la seguridad.

CONTROL DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO PARA PERSONAS MAYORES

Si la persona inscrita es mayor de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los posibles riesgos en este paciente de edad avanzada? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

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

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

¿Conoce a otros médicos que hayan recetado opioides para esta persona inscrita? ☐ **SÍ** ☐ **NO**
Si la respuesta es sí, explique.

¿La dosis diaria de MED que se indicó es médicamente necesaria? ☐ **SÍ** ☐ **NO**
¿Una dosis diaria total de MED más baja sería insuficiente para controlar el dolor de la persona inscrita? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

MOTIVO DE LA SOLICITUD

☐ **Se han probado otros medicamentos, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico**. [Si no se ha indicado en la sección "HISTORIAL DE MEDICAMENTOS", especifique a continuación: (1) medicamento(s) probado(s) y resultados de la(s) prueba(s) del medicamento; (2) si el resultado fue adverso, enumere el (los) medicamento(s) y el resultado adverso de cada uno; (3) si el resultado es un fracaso terapéutico, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento con el (los) medicamento(s) probado(s)]**.**

☐**El (los) medicamento(s) alternativo(s) está(n) contraindicado(s) y no sería(n) tan eficaz(ces) o podría(n) causar resultados adversos.** Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan eficaces o de que se prevé un resultado clínico adverso significativo y de por qué se esperaría este resultado. Si hay contraindicaciones, coloque la razón específica por la que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados.

☐ **El paciente sufriría efectos adversos si se le exigiera cumplir el requisito de autorización previa.**Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo que se haya previsto y de por qué se esperaría este resultado.

☐ **El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con el cambio de medicamento** . Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo que se haya previsto y de por qué se esperaría este resultado; por ejemplo, la afección ha sido difícil de controlar (se han probado muchos medicamentos o se requieren múltiples medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no se controló anteriormente (por ejemplo, hospitalización o consultas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

☐ **Necesidad médica de una forma farmacéutica diferente o de una dosis más alta**. [Especifique a continuación: (1) forma(s) farmacéutica(s) o dosis probadas y resultado de las pruebas con el medicamento y (2) la razón médica e (3) incluya por qué no es una opción una dosificación menos frecuente con una concentración más alta, si existe una concentración más alta]**.**

☐ **Solicitud de excepción al nivel del formulario.** [Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) formulario o medicamentos preferidos probados y resultados de las pruebas; (2) si el resultado es adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso de cada uno; (3) si hubo un fracaso terapéutico o no fue tan eficaz como el medicamento solicitado, coloque la dosis máxima y la duración del tratamiento con los medicamentos probados; (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados]**.**

☐ **Otras** (explique a continuación)

_____
_____
_____
_____