

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA DE UN MEDICAMENTO DE MEDICARE**

**Utilice este formulario para solicitar una determinación de cobertura de nuestro plan.**

También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono al 1-877-293-5325 (miembros del PPO) o al 1-877-293-4998 (miembros del HMO), presionando la opción 2, TTY 711, o a través de nuestro sitio web en [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com). Usted, su médico o profesional que receta, o su representante autorizado pueden realizar esta solicitud.

**Afiliado del plan**

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección postal	Ciudad
Estado	Código Postal
Teléfono	N.º de ID del miembro

**Si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado del plan o el profesional que receta:**

Nombre del solicitante
Relación con el afiliado del plan
Domicilio (incluya Ciudad, Estado y Código Postal)
Teléfono
<input type="checkbox"/> Adjunte la documentación correspondiente junto con este formulario que acredite su autoridad para representar al afiliado (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 debidamente completado o un documento 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 TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**Nombre del medicamento al que se refiere esta solicitud** (incluya información sobre la dosis y cantidad, si está disponible)

**Tipo de solicitud**

- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto del que correspondía por un medicamento
- Solicito el reembolso de un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo
- Solicito una autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir documentación o información de respaldo)

**Para los tipos de solicitudes que se enumeran a continuación, su médico DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud.** El profesional que receta puede completar las páginas 3 y 4 de este formulario, "Información de respaldo para una solicitud de excepción o una autorización previa".

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos (excepción del formulario)
- He estado utilizando un medicamento que anteriormente figuraba en la lista de medicamentos cubiertos por el plan, pero que ha sido o será eliminado durante el año del plan (excepción del formulario)
- Solicito una excepción al requisito de que debo probar otro medicamento antes de recibir el medicamento prescrito (excepción del formulario)
- Solicito una excepción al límite establecido por el plan respecto de la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir, de modo que se me autorice la cantidad de píldoras que me fueron prescritas (excepción del formulario)
- Solicito una excepción a las normas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de que se me proporcione un medicamento recetado (excepción del formulario)
- Mi plan de medicamentos aplica un copago más alto para un medicamento recetado que para otro medicamento utilizado para tratar mi afección, y deseo pagar el copago más bajo (excepción por nivel)
- He estado utilizando un medicamento que antes se encontraba en un nivel de copago más bajo, pero que ha sido o será trasladado a un nivel de copago más alto (excepción por nivel)

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

---

---

---

**¿Necesita una decisión acelerada?**

Si usted o el profesional que receta el tratamiento consideran que esperar 72 horas hasta que la decisión estándar se conozca podría afectar gravemente su vida, su salud o la posibilidad de recuperar un funcionamiento máximo, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el profesional que receta el tratamiento indica que esperar 72 horas puede afectar gravemente a su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el apoyo del profesional que receta el tratamiento para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere de una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión acelerada si solicita el reembolso por un medicamento que ya recibió).

- Sí, necesito una decisión dentro de un plazo de 24 horas.** Si tiene una declaración de respaldo del profesional que receta, adjúntela a esta solicitud.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
---------------	---------------

**Cómo presentar este formulario**

Presente este formulario y cualquier información de respaldo por correo postal o fax:

Dirección:  
Johns Hopkins Advantage MD  
c/o CVS Caremark Part D Services  
Coverage Determination and Appeals Department  
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 una autorización previa  
A ser completado por el profesional que receta**

**SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA:** Al marcar esta casilla y firmar debajo, yo certifico que aplicar el plazo de revisión estándar de 72 horas podría poner en peligro seriamente la vida o la salud del afiliado o las posibilidades del afiliado para volver a obtener una capacidad de funcionamiento máxima.

**Información del profesional que receta**

Nombre	
Domicilio (incluya Ciudad, Estado y Código Postal)	
Teléfono de la oficina	
Fax	
Firma	Fecha

**Diagnóstico e información médica**

Medicación:	Concentración y vía de administración:	
Frecuencia:	Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> <b>NUEVO INICIO</b>	
Duración esperada de la terapia:	Cantidad por 30 días:	
Estatura/peso:	Alergias a medicamentos:	
<b>DIAGNOSIS: Enumere todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes</b> (Si la condición que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que esté causando los síntomas, si se conoce)		Código(s) ICD-10
<b>Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:</b>		Código(s) ICD-10

**HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de condiciones que requieran el medicamento solicitado)**

MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite en cuanto a cantidad es un problema, enumere la dosis unitaria/la dosis diaria total que se probó)	FECHAS de los ensayos clínicos	RESULTADOS de los ensayos clínicos previos FALLA vs. INTOLERANCIA (explicar)

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

### SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿Existe alguna **CONTRAINDICACIÓN de la FDA** al medicamento solicitado?  SÍ  NO

¿Existe algún riesgo de **INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA** al añadir el medicamento solicitado al régimen farmacológico actual del afiliado?  SÍ  NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores fuese sí, 1) explique el problema, 2) comente los beneficios y los riesgos potenciales a pesar de la preocupación notificada, y 3) indique el plan de monitoreo para garantizar la seguridad

### GESTIÓN DE ALTO RIESGO DE LOS MEDICAMENTOS EN LA GENTE MAYOR

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

### OPIÁCEOS – (respuestas las siguientes 4 preguntas si el medicamento solicitado es un opiáceo)

¿Cuál es la dosis equivalente de morfina diaria acumulativa (Morphine Equivalent Dose, **MED**)? mg/día

¿Es usted de consciente de que existan otros médicos que le prescriban opiáceos a este afiliado? Si fuese así, explique.  SÍ  NO

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

¿Una dosis diaria total menor de MED sería insuficiente para controlar el dolor del afiliado?  SÍ  NO

### JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

**Medicamentos alternativos utilizados anteriormente, pero con resultado adverso, p. ej., toxicidad, alergia o falta de eficacia terapéutica** [Si no se indicó en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifíquelo a continuación: (1) medicamentos del formulario o preferidos que se probaron y resultados de las pruebas; (2) en caso de resultados adversos, enumere los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) si se dio un fallo terapéutico, enumere la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados]

**Medicamentos alternativos contraindicados, no serían igual de eficaces o podrían causar un resultado adverso.** Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían igual de eficaces o se anticipa un resultado clínico adverso significativo, y por qué se esperaría dicho resultado. Si existen contraindicaciones, especifique la razón concreta por la 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 anticipado y de por qué se esperaría dicho resultado.

**El paciente está estable usando los medicamentos actuales; elevado riesgo de resultado clínico significativamente adverso con un cambio de medicamentos** Se requiere una explicación concreta de cualquier resultado clínico significativamente adverso y por qué dicho resultado se esperaría; p. ej., la condición ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se requieren múltiples medicamentos para controlar la condición, etc.); el paciente ha tenido un resultado significativamente adverso cuando la condición no se controló anteriormente (p. ej., hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataques cardíacos, accidente isquémico, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento exagerado), etc.

**Necesidad médica de una forma de dosis diferente o una dosis superior** [Especifique a continuación: (1) Formas de dosis o dosis probadas y resultados de las pruebas de medicamentos; (2) explique la razón médica (3) incluya por qué una dosis menos frecuente con una potencia mayor no es una opción, en caso de que exista una potencia mayor]

**Solicitud de excepción de nivel y formulario** especifique a continuación si no se indicó en la sección de HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anterior en el formulario:

(1) medicamentos del formulario o preferidos que se probaron y resultados de las pruebas; (2) en caso de resultados adversos, enumere los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) si se dio un fallo terapéutico o el tratamiento no resultó tan eficaz como se solicitaba, enumere la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados, (4) si existen contraindicaciones, indique la razón concreta por la que los medicamentos preferidos u otros del formulario están contraindicados]

**Otro** (explique a continuación)

---

---

---

---

---