



**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICARE
PARA MEDICAMENTO RECETADO**

Se nos puede enviar este formulario por correo o fax:

Dirección:

P.O. Box 27489
Albuquerque, NM 87125-7489

Número de fax:

1-800-724-6953

Además, nos puede pedir una determinación de cobertura:



D-SNP

(505) 923-7675
1-855-465-7737(TTY:711)



Del 1º de octubre al 31º de marzo:

De las 8 a.m. a las 8 p.m., los siete días de la semana (salvo los días feriados)

Del 1º de abril al 30 de septiembre:

De las 8 a.m. a las 8 p.m., de lunes a viernes (salvo los días feriados)



info@phs.org

Además, puede visitar nuestro sitio web en
www.phs.org/Medicare.

Quiénes pueden presentar una solicitud: Su recetador nos puede solicitar una determinación de cobertura en su nombre. Si quiere que otra persona (por ejemplo, un familiar o un amigo) presente la solicitud en su nombre, dicha persona tiene que ser su representante. Póngase en contacto con nosotros para informarse acerca de cómo nombrar un representante.

Datos del inscripto

Nombre del inscripto		Fecha de nacimiento
Dirección del inscripto		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Número del asegurado inscripto	

Llene la sección siguiente SOLO si la persona que presenta la solicitud no es el inscripto o el recetador:

Nombre del solicitante		
Relación o parentesco del solicitante con el inscripto		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

Documentación referente a la representación para las solicitudes que hagan personas que no son el inscripto o el recetador del inscripto:

Adjunte documentación que muestre la autoridad para representar al inscripto (un Formulario CMS-1696 de autorización de representación rellenado o el equivalente escrito). Para conseguir más información con respecto a cómo se nombra un representante, póngase en contacto con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento recetado que solicita (si lo sabe, incluya la potencia y la cantidad que se solicita por mes):

Tipo solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos del plan [*formulary*] (una excepción a dicha lista).*
- He estado usando un medicamento que anteriormente se encontraba en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se está eliminando, o ya se ha eliminado, de la lista durante el año del plan (una excepción a dicha lista).*
- Solicito la autorización previa para el medicamento que me recetó mi recetador.*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que me recetó mi recetador (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos).*
- Solicito una excepción al límite del plan que rige el número de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir para que pueda conseguir el número de pastillas que me recetó mi recetador (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que me recetó mi recetador que lo que cobra por otro medicamento que también trata mi problema médico y quiero pagar el copago más bajo (excepción al nivel).*
- He estado usando un medicamento que antes se incluía a un nivel de copago más bajo, pero lo están cambiando, o ya lo han cambiado, a un nivel de copago más alto (excepción al nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por el medicamento que lo debido.
- Quiero que me reembolsen lo que pagué por el medicamento recetado cubierto.

***NOTA: Si está solicitando una excepción a la lista de medicamentos cubiertos o una excepción al nivel, su recetador TIENE QUE aportar una declaración que respalde su solicitud. Se pudiera exigir información comprobatoria para las solicitudes que están sujetas al requisito de autorización previa (o a cualquier otro requisito de administración de utilización). Su recetador puede utilizar el documento adjunto de “Información comprobatoria para una solicitud de excepción o de autorización previa” para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte toda documentación comprobatoria*):

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su recetador creen que esperar 72 horas por una decisión corriente pudiera dañar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su recetador indica que esperar 72 horas pudiera dañar su salud gravemente, automáticamente le daremos una decisión en 24 horas. Si no consigue el apoyo de su recetador para la solicitud acelerada, decidiremos si su caso exige una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos está pidiendo que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN 24 HORAS (si tiene una declaración comprobatoria de su recetador, adjúntela a esta solicitud).

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

Información comprobatoria para solicitudes de excepciones o de autorización previa

No se pueden procesar las solicitudes referentes a la LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS [FORMULARY] y a las EXCEPCIONES AL NIVEL sin la declaración comprobatoria del recetador. A lo mejor se exija información comprobatoria para las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA.

SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que aplicar el periodo de tiempo de 72 horas que rige las revisiones corrientes pudiera poner en peligro grave la vida o la salud del inscripto o la capacidad del inscripto para recuperar la función máxima.

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

Datos médicos y diagnósticos		
Medicamento:	Potencia y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha del inicio: <input type="checkbox"/> EMPEZAR DE NUEVO	Duración esperada de la terapia:	Cantidad cada 30 días:
Estatura/Peso:	Alergias a los medicamentos:	
DIAGNÓSTICOS: Favor de enumerar todos los diagnósticos que se tratan con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. (Si el problema médico que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma; por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, falta de aire, dolor de pecho, náuseas, etc., indique la causa del(de los) síntoma(s) del diagnóstico, si se sabe(n))		Código(s) ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS PERTINENTES:		Código(s) ICD-10
HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento del(de los) problema(s) médico(s) que requiere(n) el medicamento solicitado)		
MEDICAMENTOS PROBADOS <small>(si el asunto trata del límite que rige la cantidad, apunte la dosis de la unidad/la dosis diaria total probada)</small>	FECHAS de las pruebas del medicamento	RESULTADOS de las pruebas previas con el medicamento: FRACASO en comparación con INTOLERANCIA (explíquelo)
¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del inscripto para el(los) problema(s) médico(s) que requieren el medicamento solicitado?		

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS	
¿Hay alguna CONTRAINDICACIÓN del medicamento ENUMERADA POR LA FDA?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Hay alguna preocupación referente a la INTERACCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS si se agrega el medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos del inscripto?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas de más arriba, favor de 1) explicar el asunto, 2) hablar de los beneficios en comparación a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación indicada, y 3) el plan de monitoreo para asegurar la seguridad	
MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO PARA LAS PERSONAS MAYORES	
Si el inscripto tiene más de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado sobrepasan los riesgos potenciales para este paciente mayor?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
OPIOIDES (favor de contestar las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es opioide)	
¿Qué es la dosis equivalente de morfina [<i>Morphine Equivalent Dose, MED</i>] diaria acumulativa?	<input type="text"/> mg/día
¿Sabe si este inscripto tiene otros recetadores de opioides? De ser así, favor de explicarlo.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿Es médicamente necesaria la dosis MED diaria que se indica?

SÍ NO

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

RAZÓN POR LA SOLICITUD

Medicamento(s) alternativos contraindicados o que se probaron previamente, pero con resultado adverso; por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico. [Especifique a continuación si no lo apuntó ya en la sección del HISTORIAL DE MEDICAMENTOS más arriba en este formulario: (1) Se probó(aron) medicamento(s) y los resultados de la(s) prueba(s) del(de los) medicamento(s) (2) si hubo resultado adverso, enumere el(los) medicamento(s) y el resultado adverso de cada uno, (3) si hubo fracaso terapéutico, indique la dosis máxima y la duración de la terapia del(de los) medicamento(s) probado(s), (4) si hay contraindicación(ciones), favor de indicar la razón específica por la cual se contraindican el(los) medicamento(s) preferencial(es) u otro(s) medicamento(s) de la lista de medicamentos cubiertos]

El paciente está estable con el(los) medicamento(s) actual(es); alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con el cambio de medicamento. Se exige una explicación específica de todo resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se espera el resultado adverso significativo; por ejemplo, ha sido difícil controlar el problema médico (se probaron muchos medicamentos, se necesitan varios medicamentos para controlar el problema médico), el paciente tuvo un resultado adverso significativo al no controlar el problema médico previamente (por ejemplo, hospitalización o consultas frecuentes por condición médica aguda, ataque cardíaco, derrame cerebral, caídas, limitación significativa del estado funcional, sufrimiento y dolor indebido),etc.

Necesidad médica de una forma de dosis diferente y/o una dosis más alta. [Especifique a continuación: (1) La(s) forma(s) de dosis y/o la(s) dosis probada(s) y el resultado de la(s) prueba(s) del medicamento; (2) explique la razón médica (3) explique por qué no son opción las dosis de mayor potencia menos frecuentes; si existe una potencia más alta]

Solicitud de excepción al nivel de la lista de medicamentos cubiertos. Especifique a continuación si no lo apuntó ya en la sección del HISTORIAL DE MEDICAMENTOS más arriba en este formulario: (1) medicamento(s) preferencial(es) o de las lista de medicamentos cubiertos probado(s) y los resultados de la(s) prueba(s) del(de los) medicamento(s) (2) si hubo resultado adverso, enumere el(los) medicamento(s) y el resultado adverso de cada uno, (3) si hubo fracaso terapéutico o no es tan efectivo como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración de la terapia del(de los) medicamento(s) probado(s), (4) si hay contraindicación(ciones), favor de indicar la razón específica por la cual se contraindican el(los) medicamento(s) preferencial(es) u otro(s) medicamento(s) de las lista de medicamentos cubiertos]

Otro (explique a continuación)

Explicación obligatoria _____

Basado en la revisión del modelo de atención médica, el Comité Nacional de Control de Calidad [*National Committee for Quality Assurance, NCQA*] ha aprobado a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) para operar un plan de necesidades especiales [*Special Needs Plan, SNP*] hasta el 2025.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-592-7737 (TTY:711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-592-7737 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Navajo/Diné: Díí ats'íís dóó azeé' bínda'í díłkidgo, Dinék'ehjí yadalt'iigi ła' bich'í' hadíídzih. Béésh bee hane'é t'áá jíík'e be' hódíílnih 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-592-7737 (TTY:711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-592-7737 (TTY:711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-592-7737 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-592-7737 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-592-7737 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-592-7737 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-592-7737 (TTY:711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-592-7737 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY:711) 1-855-592-7737. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-592-7737 (TTY:711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-592-7737 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-592-7737 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-592-7737 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-592-7737 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-592-7737 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。