PRESBYTERIAN

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 inscrito	

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: ☐ **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 (si el asunto trata del límite que rige la cantidad, apunte la dosis de la unidad/la dosis diaria total probada)	**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?** ☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿Hay alguna preocupación referente a la **INTERACCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS** si se agrega el medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos del inscripto? ☐ **SÍ** ☐ **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? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

OPIOIDES (favor de contestar las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es opioide)

¿Qué es la dosis equivalente de morfina [*Morphine Equivalent Dose, MED*] diaria acumulativa? _____ **mg/día**

¿Sabe si este inscripto tiene otros recetadores de opioides ? De ser así, favor de explicarlo. ☐ **SÍ** ☐ **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 especifica 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 especifica 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 _____

_____

_____

_____

_____

<<Documentos adjuntos: Aviso de no discriminación y accesibilidad
Aviso de disponibilidad>>

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 hasta 2028.