



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

Utilice este formulario para solicitar una determinación de cobertura de nuestro plan. También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono al 866-494-3927 24 horas al día, 7 días a la semana o a través de nuestro sitio web www.globalhealth.com. Usted, su médico o profesional de la salud, o su representante autorizado pueden realizar esta solicitud.

Afiliado al plan

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección postal	Ciudad
Estado	Código postal
Teléfono	ID de miembro #

Si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado al plan ni el médico que prescribe el medicamento:

Nombre del solicitante
Relación con el afiliado al plan
Dirección (incluye ciudad, estado y código postal)
Teléfono
<input type="checkbox"/> Adjunte a este formulario la documentación que acredite su autorización para representar al afiliado (un formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completo o equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar 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 (incluir información sobre la dosis y la cantidad, si está disponible)

Tipo de solicitud

- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento del que debería
- ☐ Quiero que me reembolsen el costo de un medicamento cubierto por la cobertura que ya pagué de mi bolsillo
- ☐ Solicito autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información de respaldo)

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

- ☐ Necesito un medicamento que no esté en la lista de medicamentos cubiertos por el plan (excepción del formulario)
- ☐ He estado usando un medicamento que antes figuraba en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que ha sido o será eliminado durante el año del plan (excepción del formulario)
- ☐ Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener uno recetado (excepción del formulario)
- ☐ Solicito una excepción al límite del plan en cuanto al número de pastillas (límite de cantidad) que puedo obtener, para poder recibir la cantidad de pastillas que me han recetado (excepción del formulario)
- ☐ Solicito una excepción a las normas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de que pueda obtener un medicamento recetado (excepción del formulario)
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por un medicamento recetado que por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción por niveles)
- ☐ He estado usando un medicamento que antes tenía un copago más bajo, pero que ahora ha pasado o pasará a un nivel de copago más alto (excepción de nivelación)

Información adicional que debemos considerar (*envíe cualquier documento justificativo con este formulario*):

¿Necesita una decisión urgente?

Si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la funcionalidad máxima, puede solicitar una decisión urgente. Si su médico indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le daremos una respuesta automáticamente en un plazo de 24 horas. Si no cuenta con el apoyo de su médico para una solicitud urgente, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión urgente si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió.)

- ☐ **Sí, necesito una decisión en 24 horas.** Si dispone de un justificante de su médico, adjúntelo a esta solicitud.

H3706_12091125_C

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

Cómo enviar este formulario

Envíe este formulario y cualquier documentación complementaria por correo postal o fax:

Dirección:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.

Attn: Prior Authorization Department

10181 Scripps Gateway Ct.

San Diego, CA 92131

Número de fax:

877-503-7231

**Información de Apoyo para Solicitud de Excepción o Pre-Autorización
Para ser completado por el profesional que le receta**

☐ **SOLICITUD DE REVISIÓN EXPEDITA:** Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas puede poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad.

Información para el prescriptor

Nombre	
Dirección postal (incluya ciudad, estado y código postal)	
Teléfono de oficina	
Fax	
Firma	Fecha

Diagnóstico e información médica

Medicamento:	Fuerza y vía de administración:	
Frecuencia:	Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO COMIENZO	
Duración prevista del tratamiento:	Cantidad por 30 días:	
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO – Por favor, 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 (p. ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor torácico, náuseas, etc.), indique el diagnóstico que causa dicho síntoma o síntomas, si se conoce)		Código(s) ICD-10
Otros DIAGNÓSTICO RELEVANTE:		Código(s) ICD-10

HISTORIAL DE DROGAS: (para el tratamiento de la(s) afección(es) que requieren el medicamento solicitado)

DROGAS PROBADAS (Si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/dosis diaria total probada.)	FECHAS de los ensayos clínicos de medicamentos	RESULTADOS de ensayos clínicos previos FRACASO vs. INTOLERANCIA (explicar)

¿Cuál es el régimen farmacológico actual del asegurado para la(s) afección(es) que requieren el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿Existe alguna **contraindicación registrada por la FDA** para el medicamento solicitado?

☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿Existe alguna preocupación sobre una posible **INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA** al agregar el medicamento solicitado al régimen farmacológico actual del paciente?

☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es sí, por favor: 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación señalada, y 3) elabore un plan de seguimiento para garantizar la seguridad.

GESTIÓN DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN ANCIANOS

Si el paciente es mayor de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente anciano?

☐ **SÍ** ☐ **NO**

OPIOIDES – (Responda a estas 4 preguntas si el medicamento solicitado es un opiode)

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

¿Conoce usted otros médicos que le hayan recetado opioides a este paciente? ☐ **SÍ** ☐ **NO**
Si es así, por favor explíquelo.

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

¿Una dosis diaria total de MED más baja sería insuficiente para controlar el dolor del paciente?

☐ **SÍ** ☐ **NO**

FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD

☐ **Fármacos alternativos probados previamente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** [Si no se indica en la sección de HISTORIAL FARMACOLÓGICO, especifique a continuación: (1) Medicamento(s) probado(s) y resultados de la prueba(s) de estos medicamentos; (2) en caso de resultado adverso, indique el/los medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para el/los medicamento(s) probado(s)]

☐ **Los fármacos alternativos están contraindicados, no serían tan eficaces o podrían causar resultados adversos.** Se requiere una explicación específica de por qué el/los medicamento(s) alternativo(s) no sería(n) tan eficaz(es) o por qué se anticipa un resultado clínico adverso significativo, y por qué se esperaría este resultado. Si existen contraindicaciones, indique la razón específica por la cual el/los medicamento(s) preferido(s) u otro(s) medicamento(s) 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 previsto y de por qué se esperaría dicho resultado.

☐ **El paciente se encuentra estable con el/los medicamento(s) actual(es); existe un alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con el cambio de medicación.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo previsto y por qué se esperaría este resultado; por ejemplo, la afección ha sido difícil de controlar (se han probado muchos medicamentos, se requieren múltiples medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no estaba controlada previamente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento excesivos), etc.

☐ **Necesidad médica de una forma farmacéutica diferente y/o una dosis mayor** [Especifique a continuación: (1) Forma farmacéutica y/o dosis probadas y resultado de los ensayos clínicos; (2) explique el motivo médico; (3) indique por qué no es posible una dosificación menos frecuente con una concentración mayor, si existe una concentración mayor.]

☐ **Solicitud de excepción al nivel del formulario.** [Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) medicamento(s) del formulario o de preferencia probado(s) y resultados de la(s) prueba(s) farmacológica(s); (2) si hubo un resultado adverso, indique el/los medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno; (3) si hubo fracaso terapéutico/no fue tan efectivo como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para el/los medicamento(s) probado(s); (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la cual el/los medicamento(s) de preferencia/otros medicamentos del formulario están contraindicados.]

☐ **Otro** (explicación a continuación)

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.



Notice of availability of language assistance services and auxiliary aids and services

English: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-280-5555 (TTY 711).

Español: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-280-5555 (TTY 711).

Chinese: 如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-844-280-5555 (TTY 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-280-5555 (TTY 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-280-5555 (TTY 711).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-844-280-5555 (TTY 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-280-5555 (TTY 711) an.

Korean: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-280-5555 (TTY 711)로 전화하세요.



Russian: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-844-280-5555 (TTY 711).

Arabic: لتوفير المناسبة المساعدات والخدمات المساعدات تتوفر لك متاحة المجانية اللغوية المساعدة خدمات فإن ، العربية تتحدث كنت إذا 1-844-280-5555 (TTY 711) بالرقم اتصل. مجاً إليها الوصول يمكن بتنسيقات المعلومات

Italian: Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-844-280-5555 (TTY 711).

Portuguese: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-844-280-5555 (TTY 711).

French Creole: Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-844-280-5555 (TTY 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-844-280-5555 (TTY 711).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हूँ तो मुझे भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपलब्ध हूँ। सुलभ ँों में जानकारी ँ करने के लिए उपयुक्त सहायक एड्स और सेवाएं भी िन: शुभ उपलब्ध कॉल 1-844-280-5555 (TTY 711).

Japanese: 日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。1-844-280-5555 (TTY 711) に電話します。