

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS
DE MEDICARE**

Puede enviarnos este documento por correo o por fax:

Dirección:
CareOregon Advantage
Attention: Pharmacy PA Department
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

Número de fax:
503-416-8109

También puede solicitarnos una determinación de cobertura vía telefónica al 503-416-4279 o llamando sin costo al 888-712- 3258 o a través de nuestro sitio web: careoregonadvantage.org

Quién Puede Hacer una Solicitud La persona quien prescribe el medicamento puede solicitarnos una determinación de cobertura por cuenta de usted. Si desea que otra persona (como sería un familiar o amigo) realice la solicitud por cuenta de usted, dicha persona deberá ser su representante. Contáctenos para conocer la forma de designar un representante.

Información del afiliado:

Nombre del afiliado:		Fecha de nacimiento
Domicilio del afiliado		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Número de identificación del usuario	

Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona quien realiza esta solicitud no es el afiliado o la persona quien prescribe el medicamento:

Nombre del Solicitante		
Relación del Solicitante con el Afiliado		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		

Documentos de representación para solicitudes hechas por personas distintas al afiliado o a la persona quien prescribe el medicamento:

Anexar los documentos que demuestren la autoridad para representar al afiliado (Formato CMS-1696 de Autorización de Representación debidamente completado, o bien un documento por escrito equivalente). Para mayor información para designar un representante, contacte a su plan o al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento prescrito que está solicitando (de conocerse, incluir la concentración y cantidad solicitada por mes):

Tipo de Solicitud de Determinación de Cobertura

- Requiero un medicamento que no está incluido en el listado de medicamentos cubiertos por el plan (excepción del listado).*
- He estado utilizando un medicamento que previamente estaba incluido en el listado de medicamentos cubiertos por el plan, pero va a ser excluido o ha sido excluido de dicha lista durante el año del plan (excepción del listado).*
- Solicito una pre-autorización para el medicamento recetado por la persona quien lo prescribe.*
- Solicito una excepción al requisito que indica que debo probar otro medicamento antes de obtener el medicamento recetado por la persona quien lo prescribe (excepción del listado).*
- Solicito una excepción al límite del plan relativo al número de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir, a fin de obtener el número de píldoras recetadas por la persona quien prescribe el medicamento (excepción del listado).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago mayor por el medicamento que me fue recetado que el que se paga por otro medicamento para tratar mi afección, y quiero cubrir el copago más bajo (excepción de nivel).*
- He estado utilizando un medicamento que previamente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero va a ser cambiado o ha sido cambiado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento de lo que debería haber cobrado.
- Quiero un reembolso por un medicamento prescrito que está en la cobertura y que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si está solicitando una excepción del listado o de nivel, la persona quien le prescribe el medicamento DEBE proporcionar un informe que soporte su solicitud. Las solicitudes que son objeto de pre-autorización (o a cualquier otro requisito de gestión de utilización), podrían requerir de información de respaldo. La persona quien le prescribe el medicamento puede utilizar el documento anexo "Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o una Pre-Autorización" para soportar su solicitud.**

Información adicional que deberíamos tomar en cuenta (*adjunte cualquier documentación de respaldo*):

Nota Importante: Resoluciones Urgentes

Si usted o la persona quien le prescribe el medicamento considera que el tiempo de espera de 72 horas de una resolución normal (estándar) pudiera poner seriamente en riesgo su vida, salud o la recuperación al máximo de una función, puede solicitar una resolución urgente (acelerada). Si la persona quien le prescribe el medicamento indica que una espera de 72 horas podría dañar seriamente su salud, automáticamente le proporcionaremos una resolución dentro de 24 horas. Si usted no obtiene de la persona quien le prescribe el medicamento el soporte para presentar una solicitud urgente, nosotros decidiremos si su caso amerita una resolución rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cobertura urgente si está solicitando el reembolso por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE USTED NECESITA UNA RESOLUCIÓN DENTRO DE 24 HORAS (si cuenta con un informe de respaldo de la persona quien le prescribe el medicamento, adjúntelo a esta solicitud).

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

Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o una Pre-Autorización

Las solicitudes de EXCEPCIÓN DE LISTADO Y DE NIVEL no podrán ser procesadas sin un informe de respaldo de la persona quien prescribe el medicamento. Las solicitudes de PRE-AUTORIZACIÓN pueden requerir información de respaldo.

SOLICITUD PARA REVISIÓN URGENTE: Al marcar esta casilla y firmar al calce, certifico que el tiempo de espera de 72 horas que aplica en una revisión normal (estándar) puede poner en peligro la vida o la salud del afiliado, o bien, la recuperación al máximo de una función.

Información de la Persona Quien Prescribe el Medicamento

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Oficina		Fax
Firma de la Persona quien Prescribe el Medicamento		Fecha

Información Médica y de Diagnóstico

Medicamento:	Concentración y Vía de Administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NEW START	Duración Estimada de la Terapia:	Cantidad por 30 días
Estatura/Peso:	Alergias a Medicamentos:	

<p>DIAGNÓSTICO – Por favor relacione todos los diagnósticos que están siendo tratados con el medicamento solicitado, así como los códigos ICD-10 correspondientes. (Si la afección que está siendo tratada con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor de pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa el(los) síntoma(s), en caso de conocerse).</p>	<p>Código(s) ICD-10</p>
<p>Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:</p>	<p>Código(s) ICD-10</p>

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

<p>MEDICAMENTOS QUE SE HAN UTILIZADO (Si el límite de la cantidad es un motivo de la solicitud, mencione la dosis unitaria/dosis diaria total utilizada)</p>	<p>FECHAS de Prueba de los Medicamentos</p>	<p>RESULTADOS de las pruebas previas de medicamentos FALLA vs INTOLERANCIA (explique)</p>

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del afiliado para la(s) afección(es) por la(s) que se requiere el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

¿Alguna **CONTRAINDICACIÓN OBSERVADA POR LA FDA (ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS)** para el medicamento solicitado? SI NO

¿Existe alguna preocupación por una **INTERACCIÓN DEL MEDICAMENTO** con la incorporación del medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos del afiliado? SI NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas antes mencionadas es si, por favor 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación observada, y 3) indique un plan de monitoreo para garantizar la seguridad

ADMINISTRACIÓN DEL ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES

Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente adulto mayor? SI NO

OPIOIDES – (por favor responda las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

¿Cuál es la Dosis Equivalente de Morfina (**MED**) acumulada diaria? mg/día

¿Tiene conocimiento de otras personas que prescriban opioides a este afiliado? SI NO
 Si es el caso, por favor explique.

¿Se considera que la MED diaria indicada es medicamento requerida? SI NO

¿Sería insuficiente una menor dosis diaria total de MED para controlar el dolor del afiliado? SI NO

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Medicamento(s) alternativo(s) contraindicados o probados con anterioridad, pero con resultados adversos, por ejemplo, intoxicación, alergia o falla terapéutica [Especifique a continuación si no lo ha incluido previamente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS de este documento. (1) Medicamento(s) utilizado(s) y resultado(s) de la(s) prueba(s) de(los) medicamento(s) (2) En caso de resultados adversos, relacione el(los) medicamento(s) y los resultados adversos de cada uno de ellos (3) en caso de falla terapéutica, mencione la dosis máxima y la duración del tratamiento para el(los) medicamento(s) probado(s), (4) en caso de contraindicación(es), por favor indique las razones específicas por las cuales el(los) medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del listado está(n) contraindicado(s)]

El paciente está estable con el(los) medicamento(s) actual(es); alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con un cambio de medicación Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado, y por qué se esperaría un resultado adverso significativo – por ejemplo, la afección ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, múltiples medicamentos requeridos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no fue controlada previamente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas graves frecuentes, infartos, embolias, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimientos indebidos), etc.

Necesidad médica de una forma de dosis diferente y/o dosis más alta [Especifique a continuación: (1) Forma(s) de dosis y/o dosis probada(s) y resultado de la(s) prueba(s) de medicamento(s); (2) Explique las razones médicas (3) incluya por qué una dosis menos frecuente con una mayor concentración no es una opción – en caso de existir una mayor concentración]

Solicitud de excepción de nivel del listado de medicamentos Especifique a continuación si no lo ha incluido previamente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS de este documento: (1) Listado o medicamento(s) preferido(s) y resultado(s) de la(s) prueba(s) de(los) medicamento(s) (2) En caso de resultados adversos, relacione el(los) medicamento(s) y los resultados adversos de cada uno de ellos (3) en caso de falla terapéutica/no tan efectivo como el medicamento solicitado, mencione la dosis máxima y la duración del tratamiento para el(los) medicamento(s) probado(s), (4) en caso de contraindicación(es), por favor indique las razones específicas por las cuales el(los) medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del listado está(n) contraindicado(s)]

Otros (explique a continuación)

Explicación requerida _____
