

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICARE DE UN MEDICAMENTO
CON RECETA**

Puede enviarnos el formulario por correo postal o fax:

Dirección: Summit Health Plans, Inc.
Attn: Rx Prior Auth
P.O. Box 22859
Portland, OR 97269

Fax: 1-800-207-8235

También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono al 1-888-786-7509 o en nuestro sitio web www.yoursummithealth.com.

Quién puede presentar una solicitud: El médico que receta el medicamento puede solicitar una determinación de cobertura en su nombre. Si quiere que lo haga otra persona (como un familiar o amigo), dicha persona debe ser su representante. Contáctenos para obtener información sobre cómo designar a un representante.

Datos de la persona inscrita

Nombre de la persona inscrita		Fecha de nacimiento
Dirección de la persona inscrita		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Número de identificación de miembro de la persona inscrita	

Complete la siguiente sección SOLO si el individuo que presenta esta solicitud no es la persona inscrita o el médico que receta el medicamento:

Nombre del solicitante		
Relación del solicitante con la persona inscrita		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

Documentación de representación para las solicitudes realizadas por parte de una persona distinta de la inscrita o del médico que receta el medicamento:

Adjunte la documentación mediante la cual se lo autoriza a representar a la persona inscrita (el formulario completo de autorización de representación CMS-1696 o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento con receta que solicita (incluya la concentración y cantidad solicitada por mes, si la conoce):

Tipo de solicitud de determinación de cobertura:

- Necesito un medicamento que no figura en la lista de medicamentos con cobertura del plan (excepción al *Formulario*).*
- He usado un medicamento que solía estar en la lista de medicamentos con cobertura del plan. Dicho medicamento ya no estará incluido en la lista o fue eliminado de esta durante el año del plan (excepción al *Formulario*).*
- Solicito la autorización previa para el medicamento que recetó mi médico.*
- Solicito una excepción al requisito de probar con otro medicamento antes de que pueda recibir el medicamento que recetó mi médico (excepción al *Formulario*).*
- Solicito una excepción al límite de comprimidos del plan (límite de cantidad) que puedo recibir, para que pueda obtener la cantidad de comprimidos que indicó el médico que recetó el medicamento (excepción al *Formulario*).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que recetó mi médico que por otro medicamento que trata mi afección. Deseo pagar el copago menor (excepción al nivel).*
- He usado un medicamento que previamente estaba en un nivel de copago más bajo. Sin embargo, dicho medicamento pasará o se pasó a un nivel de copago más alto (excepción al nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento del que debería haberme cobrado.
- Quisiera que me reembolsen un medicamento con receta con cobertura que pagué de mi bolsillo.

*** NOTA: Si solicita una excepción al *Formulario* o al nivel, el médico que recetó el medicamento DEBE proporcionar una declaración que respalde dicha solicitud. Es posible que, para las solicitudes que estén sujetas a una autorización previa (u otro requisito de administración de la utilización), se requiera información de respaldo. Para respaldar la solicitud, el médico que recetó el medicamento puede usar el documento adjunto “Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa”.**

Información adicional que deberíamos tener en cuenta (*adjunte los documentos de respaldo*):

Nota importante: Decisiones urgentes

Si usted o el médico que receta el medicamento creen que esperar una decisión estándar durante 72 horas podría ocasionarle un daño grave a la vida, salud o habilidad para recobrar la función máxima, puede solicitar una decisión urgente (rápida). Si el médico que receta el medicamento indica que esperar 72 horas podría ocasionarle un daño grave a la salud, tomaremos una decisión automáticamente en un plazo de 24 horas. Si el médico no respalda la necesidad de una solicitud urgente, decidiremos por nuestra cuenta si su caso requiere que tomemos una decisión rápida. Usted no puede acceder a una determinación de cobertura urgente si nos solicita que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTE CASILLERO SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de parte del médico que receta el medicamento, adjúntela a esta solicitud).

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

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN al *FORMULARIO* y al NIVEL no se pueden procesar sin la declaración de respaldo del médico que recetó el medicamento. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

SOLICITUD DE REVISIÓN URGENTE: Al marcar este casillero y al firmar más abajo, certifico que la aplicación del plazo estándar de revisión de 72 horas podría comprometer de forma grave la vida o la salud de la persona inscrita o su habilidad para recobrar la función máxima.

Información del médico que receta el medicamento			
Nombre			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono del consultorio		Fax	
Firma del médico que receta el medicamento			Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO	Duración prevista de terapia:	Cantidad cada 30 días
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: Indique todos los diagnósticos que se tratan con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. Si la afección que se trata con el medicamento solicitado es un síntoma (como anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho o náuseas), indique el diagnóstico que provoca los síntomas, en caso de conocerlo.		Códigos ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Códigos ICD-10
HISTORIAL DE MEDICAMENTOS (para tratar las afecciones por las cuales se requiere el medicamento solicitado):		
MEDICAMENTOS QUE SE PROBARON (Si el límite de cantidad representa un problema, indique la dosis unitaria o la dosis diaria total con la que se probó).	FECHAS de ensayos clínicos	RESULTADOS de ensayos clínicos previos FRACASO vs INTOLERANCIA (explique)
¿Cuál es el actual régimen de medicamentos de la persona inscrita para tratar las afecciones por las cuales se requiere el medicamento solicitado?		

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO
¿El medicamento solicitado tiene alguna CONTRAINDICACIÓN OBSERVADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FDA) ? <input type="checkbox"/> SÍ. <input type="checkbox"/> NO.
¿Hay alguna inquietud de que haya una INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA si se agrega el medicamento solicitado al régimen actual de la persona inscrita? <input type="checkbox"/> SÍ. <input type="checkbox"/> NO.
Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, haga lo siguiente: 1) explique el problema; 2) analice los beneficios frente a los posibles riesgos a pesar de la inquietud observada; y 3) elabore un plan de control para garantizar la seguridad.
MANEJO DE RIESGO ALTO DE MEDICAMENTOS PARA MAYORES
Si la persona inscrita tiene más de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los posibles riesgos en dicho paciente mayor? <input type="checkbox"/> SÍ. <input type="checkbox"/> NO.

OPIOIDES (responda las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opiode)

¿Cuál es la dosis equivalente de morfina (DEM) total diaria? mg/día

¿Sabe si otro médico le ha recetado opioides a la persona inscrita en cuestión? SÍ. NO.
En caso afirmativo, indique los motivos.

¿Es médicamente necesaria la DEM diaria indicada? SÍ. NO.

¿Una DEM total diaria menor sería insuficiente para controlar el dolor de la persona inscrita? SÍ. NO.

MOTIVOS DE LA SOLICITUD

Los medicamentos alternativos están contraindicados o ya se probó con estos, pero el resultado fue adverso (por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico. [En caso de que no se haya indicado antes en la sección "HISTORIAL DE MEDICAMENTOS" de este formulario, especifique lo siguiente más abajo: (1) indique los medicamentos con los que se probó y los resultados de los ensayos clínicos; (2) si el resultado fue adverso, enumere los medicamentos y los resultados adversos de cada uno; (3) si hubo un fracaso terapéutico, indique la dosis máxima y la duración de la terapia de los medicamentos con los que se probó; (4) si hay contraindicaciones, especifique los motivos por los cuales los medicamentos preferidos u otros medicamentos del *Formulario* están contraindicados].

El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; hay un riesgo alto de que sufra un resultado clínico adverso y significativo si se cambia el medicamento. Se requiere una explicación detallada de los resultados clínicos adversos y significativos previstos y de por qué podría esperarse que ocurran. Por ejemplo, es difícil controlar la afección (se probó con muchos medicamentos o se requieren varios para controlar la afección); el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando no se controlaba la afección previamente (hospitalización, visitas médicas frecuentes por síntomas agudos, ataque cardíaco, derrame cerebral, caída, restricción significativa de estado funcional, dolor y sufrimiento excesivo, etc.).

Necesidad médica de distinta presentación o de dosis más alta [Especifique lo siguiente más abajo: (1) indique las presentaciones o las dosis con las que se probó y el resultado de los ensayos clínicos; (2) explique el motivo clínico; (3) incluya el motivo por el cual no es una opción probar con una dosis menos frecuente con una concentración mayor (si es que existe dicha concentración)].

Solicitud de excepción al *Formulario* o al nivel [En caso de que no se haya indicado antes en la sección "HISTORIAL DE MEDICAMENTOS" de este formulario, especifique lo siguiente más abajo: (1) indique los medicamentos preferidos o del *Formulario* con los que se probó y los resultados de los ensayos clínicos; (2) si el resultado fue adverso, enumere los medicamentos y los resultados adversos de cada uno; (3) si hubo un fracaso terapéutico o el medicamento no fue tan efectivo como el solicitado, indique la dosis máxima y la duración de la terapia de los medicamentos con los que se probó; (4) si hay contraindicaciones, especifique los motivos por los cuales los medicamentos preferidos u otros medicamentos del *Formulario* están contraindicados].

Otro (especifique más abajo).

Explicación requerida _____

