

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Nos puede enviar este formulario por correo o fax:

Dirección:

Número de fax: **1-877-424-5690**

Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

Attn: Pharmacy Prior Authorization Requests

410 N 44th Street, Suite 900, Phoenix, AZ 85008

También nos podrá solicitar una determinación de cobertura por teléfono al **1-800-656-8991**, TTY **711**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, o bien desde nuestro sitio web **healthchoicepathway.com**.

Quién puede presentar una solicitud: su médico recetador podrá solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona, por ejemplo, un familiar o un amigo, la solicite en su nombre, dicha persona deberá ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo designar a un representante.

Información del afiliado

Nombre del afiliado		Fecha de nacimiento
Dirección del afiliado		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Número de identificación del miembro afiliado	

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado o el médico recetador:

Nombre del solicitante		
Relación del solicitante con el afiliado		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

Documentación de representación para solicitudes realizadas por una persona que no sea el afiliado ni el médico recetador del afiliado:

adjunte la documentación que demuestre el poder para representar al afiliado (un formulario CMS-1696 llenado o un documento equivalente por escrito). Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan o al **1-800-Medicare.**

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

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario).*
- Consumo un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que se quitará o se ha quitado de esta lista durante el año del plan (excepción del formulario).*
- Solicito autorización previa para un medicamento que me recetó mi médico.*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de consumir el medicamento que me recetó mi médico (excepción del formulario).*
- Solicito la excepción del límite del plan sobre la cantidad de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir para obtener la cantidad de pastillas que me recetó mi médico (excepción del formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más elevado para el medicamento que me recetó mi médico que otro medicamento para tratar mi problema de salud y deseo pagar el copago más bajo (excepción de nivel).*
- Consumo un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero se cambiará o se ha cambiado a un nivel de copago superior (excepción de nivel).*
- Mi plan de medicamentos me ha cobrado un copago más elevado para un medicamento que el que corresponde.
- Quiero recibir un reembolso para un medicamento recetado cubierto que pagué de bolsillo.

***NOTA: si está solicitando una excepción de nivel o del formulario, su médico recetador DEBE proporcionar una declaración en respaldo de su solicitud. Las solicitudes sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de manejo de utilización) podrían requerir información adicional. Su médico recetador podrá utilizar el documento adjunto denominado “Información adicional para una solicitud de excepción o autorización previa” para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte los documentos adicionales*):

Nota importante: decisiones aceleradas

Si usted o su médico recetador consideran que esperar a una decisión estándar de 72 horas podría poner gravemente en peligro su vida, su salud o su capacidad de máxima recuperación, H5587_CoverageDeterminationReqForm2022_C es

usted podrá solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico recetador le indica que esperar 72 horas podría poner en grave peligro su salud, le informaremos nuestra decisión automáticamente dentro de 24 horas. Si su médico recetador no le brinda apoyo para dicha solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere de una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos pide que paguemos por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 24 HORAS (si cuenta con una declaración adicional de su médico recetador, adjúntela a esta solicitud).

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

Información adicional para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN DE NIVEL y FORMULARIO no se pueden procesar sin la declaración adicional de un médico. Es posible que se requiera información adicional para las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA.

SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: al marcar esta casilla y al firmar a continuación, certifico que el plazo de revisión estándar de 72 horas podría poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o se capacidad de máxima recuperación.

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

Diagnóstico e información médica		
Medicamentos:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO	Duración esperada de la terapia:	Cantidad por 30 días
Estatura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: confeccione una lista de todos los diagnósticos para los que se recibe tratamiento actualmente con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 que correspondan. (Si el problema de salud que se trata con el medicamento solicitado es un síntoma, como anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione un diagnóstico de la causa de dicho síntoma, si se conoce).		Códigos ICD-10

Otros DIAGNÓSTICOS PERTINENTES:	Códigos ICD-10
--	-----------------------

HISTORIAL MÉDICO DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de problemas de salud para los que se requiere el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un problema, confeccione una lista de la dosis unitaria o la dosis diaria total probada)	FECHAS de las pruebas de medicamentos	RESULTADOS de las pruebas de medicamentos anteriores PROBLEMAS frente a INTOLERANCIA (explicar)

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del afiliado para los problemas de salud para los que se requiere el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

¿Hay alguna **CONTRAINDICACIÓN REALIZADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS (FDA, por sus siglas en inglés)** respecto del medicamento solicitado? SÍ NO

¿Existe alguna inquietud en cuanto a la **INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS** si se agrega el medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del afiliado? SÍ NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es afirmativa, 1) explique el problema, 2) aborde los beneficios en comparación con los riesgos potenciales, al margen de las inquietudes mencionadas y 3) monitoree el plan para asegurar la seguridad.

ADMINISTRACIÓN DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES

Si el afiliado tiene más de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales para dicho paciente mayor? SÍ NO

OPIOIDES: (responder las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

¿Cuál es la dosis de un equivalente a la morfina (**MED, por sus siglas en inglés**) diaria acumulativa? ml/día

¿Tiene conocimiento de otros médicos recetadores de opioides para este afiliado? SÍ NO
Si lo tiene, explique.

¿Es la dosis MED diaria mencionada necesaria por razones médicas? SÍ NO

¿Una dosis MED diaria total más baja sería insuficiente para controlar las molestias del afiliado? SÍ NO

FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD

- Medicamentos alternativos contraindicados o probados anteriormente, con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergias o problemas terapéuticos** [Especifique a continuación si no se ha mencionado anteriormente en la sección HISTORIAL MÉDICO DE MEDICAMENTOS de este formulario: (1) Medicamentos probados y resultados de las pruebas de medicamentos; (2) si hay resultados adversos, enumere los medicamentos y los resultados adversos de cada uno; (3) si hay problemas terapéuticos, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento con el medicamento probado; (4) si hay contraindicaciones, enumere el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario tienen contraindicaciones].

- El paciente se encuentra estable con el medicamento actual y existe un alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos si se cambia el medicamento** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo que se haya anticipado y de por qué este podría esperarse, por ejemplo, si el problema de salud ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se necesitaron varios medicamentos para controlar el problema de salud); si el paciente sufrió resultados adversos significativos cuando el problema de salud no se controló previamente (p. ej.: fue hospitalizado, acudió a consultas médicas frecuentes por problemas agudos, sufrió un ataque al corazón, un ataque cerebral o una caída, sufrió limitaciones significativas de sus funciones, padeció molestias o dolores excesivos), etc.

- Necesidad médica de una forma de dosificación diferente y/o una dosificación más alta** [Especifique a continuación: (1) Forma de dosificación y/o dosificaciones probadas y resultado de las pruebas de medicamentos; (2) explicación de la razón médica; (3) mención de por qué una dosis menos frecuente con mayor concentración no es una opción, si existe una concentración más alta].

- Solicitud de excepción de nivel del formulario** Especifique a continuación si no se mencionó en la sección HISTORIAL MÉDICO DE MEDICAMENTOS de este formulario: (1) Medicamentos preferidos probados o de formulario y resultados de las pruebas de medicamentos; (2) si hay resultados adversos, enumere los medicamentos y los resultados adversos de cada uno; (3) si hay problemas terapéuticos o si la eficacia no es la misma que la del medicamento solicitado, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento con el medicamento probado; (4) si hay contraindicaciones, enumere el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario tienen contraindicaciones].

- Otros** (explique a continuación)

Explicación necesaria _____

