

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA DE UN FÁRMACO RECETADO DE MEDICARE**

Debe enviarnos este formulario vía correo o fax a las siguientes direcciones:

Dirección:  
 Johns Hopkins Advantage MD  
 c/o CVS Caremark Part D Services  
 Coverage Determination and Appeals Department  
 P.O. Box 52000 MC109  
 Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax:  
 1-855-633-7673

También nos puede solicitar una apelación en nuestra página web: [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com).  
 Puede solicitar una apelación acelerada telefónicamente al número 1-877-293-5325 (opción 2),  
 TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo, de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

**Quién puede formular una solicitud:** El médico que prescribe el tratamiento puede solicitar una decisión sobre cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) realice una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo puede designar a su representante.

**Información del afiliado**

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

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado quien realiza la prescripción:**

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

**Documentación para la representación en caso de que alguien que no sea el afiliado o el médico que prescribe el tratamiento realice una solicitud:**

**Adjunte la documentación que demuestra la autoridad para representar al afiliado (una copia del formulario de autorización para la representación CMS-1696 o un escrito equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con la atención al afiliado de su plan o llame al 1-800-Medicare.**

**Nombre del medicamento recetado que está solicitando** (si se conoce, incluya la potencia y la cantidad solicitada por mes):

**Tipo de solicitud de determinación de cobertura**

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos (excepción de formulario).\*
- He estado usando un medicamento que estaba anteriormente incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que se está eliminando o se eliminó de la lista durante el año actual del plan (excepción de formulario).\*
- Solicito autorización previa por el medicamento que me ha recetado mi médico.\*
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que me ha recetado mi médico (excepción de formulario).\*
- Solicito una excepción al límite de del número de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir para poder recibir la cantidad de pastillas que me ha recetado mi médico (excepción de formulario).\*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más elevado por el medicamento que mi médico ha recetado de lo que cobra por otro medicamento que trata mi condición, y deseo pagar el copago más bajo (excepción de nivel).\*
- He estado usando un medicamento que estaba anteriormente incluido en un nivel de copago inferior, pero que se está pasando o se ha pasado a un nivel de copago superior (excepción de nivel).\*
- Mi plan de medicamento me cobró un copago más elevado por un medicamento que debería tener.
- Quiero que se me reembolse por el medicamento de receta cubierto que pagué de mi bolsillo.

**\*NOTA: Si está solicitando una excepción de formulario o nivel, su médico DEBE proporcionar una declaración de respaldo para su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de gestión de utilización) pueden requerir información de apoyo. El médico que prescribe el tratamiento puede usar el formulario adjunto (“Información de respaldo para una solicitud de excepción o una autorización previa”) como respaldo a su solicitud.**

Información adicional que deberíamos tener en cuenta (*adjunte cualquier documento de respaldo*):

---

---

---

---

**Nota importante: Decisión acelerada**

Si usted o el médico que prescribe el tratamiento consideran que esperar 72 horas hasta que la decisión estándar se conozca podría afectar gravemente su vida, su salud o la posibilidad de recuperar un funcionamiento máximo, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el médico que prescribe el tratamiento indica que esperar 72 horas puede afectar gravemente a su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el apoyo del médico que prescribe el tratamiento para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere de una decisión rápida. No puede solicitar una decisión acelerada de cobertura si solicita el reembolso por un medicamento que ya recibió.

**TILDE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS PRÓXIMAS 24 HORAS (si el médico que prescribe el tratamiento le dio una declaración que la respalde, adjúntela a la solicitud).**

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
---------------	---------------

**Información de respaldo para una solicitud de excepción o una autorización previa**

Las solicitudes de EXCEPCIÓN DE NIVEL y FORMULARIO no se pueden procesar sin una declaración de respaldo de quien las prescriba. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

**SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar debajo, yo certifico que aplicar el plazo de revisión estándar de 72 horas podría poner en peligro seriamente la vida o la salud del afiliado o las posibilidades del afiliado para volver a obtener una capacidad de funcionamiento máxima.**

**Información del médico que prescribe el tratamiento**

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de la oficina	Fax	
Firma del médico que prescribe el tratamiento		Fecha

Diagnosis e información médica		
Medicación:	Potencia y ruta de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> <b>NUEVO COMIENZO</b>	Duración esperada de la terapia:	Cantidad por cada 30 días
Altura/peso:	Alergias a medicamentos:	
<b>DIAGNOSIS: Enumere todas las diagnosis que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes.</b> (Si la condición que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione la diagnosis que esté causando los síntomas, si se conoce)		Código(s) ICD-10
<b>Otras DIAGNOSIS RELEVANTES:</b>		Código(s) ICD-10

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de condiciones que requieran el fármaco solicitado)		
MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite en cuanto a cantidad es un problema, enumere la dosis unitaria/la dosis diaria total que se probó)	FECHAS de los ensayos clínicos	RESULTADOS de los ensayos clínicos previos <b>FALLO frente a INTOLERANCIA (explicar)</b>

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del afiliado para la condición que requiere el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS	
¿Existe alguna <b>CONTRAINDICACIÓN</b> de la FDA al medicamento solicitado?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
¿Existe preocupación por alguna <b>INTERACCIÓN ENTRE MEDICAMENTOS</b> al añadir el medicamento solicitado al régimen actual del afiliado?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores fuese sí, 1) explique el problema, 2) comente los beneficios y los riesgos potenciales a pesar a de la preocupación notificada, y 3) indique el plan de monitorización para garantizar la seguridad

### GESTIÓN DE ALTO RIESGO DE LOS MEDICAMENTOS EN LA GENTE MAYOR

Si el afiliado tiene más de 65 años, ¿siente usted que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente mayor?  SÍ  NO

### OPIÁCEOS – (responda las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opiáceo)

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

¿Es usted de consciente de que existan otros médicos que le prescriban opiáceos a este afiliado?

SÍ  NO

Si fuese así, explique.

### RAZÓN DE LA SOLICITUD

**Medicamento(s) alternativo(s) contraindicados o probados anteriormente, pero con resultados adversos, p. ej., toxicidad, alergia o fallo terapéutico** [especifique a continuación si no se indicó en la sección de HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anterior en el formulario: (1) medicamentos de formulario o preferidos que se probaron y resultados de las pruebas; (2) en caso de resultados adversos, enumere los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) si se dio un fallo terapéutico, enumere la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados, (4) si existen contraindicaciones, indique la razón concreta por la que los medicamentos preferidos u otros de formulario están contraindicados]

**El paciente está estable usando el/los medicamento(s) actuales; elevado riesgo de resultado clínico significativamente adverso con un cambio de medicamentos** Se requiere una explicación concreta de cualquier resultado clínico significativamente adverso y por qué dicho resultado se esperaría; p. ej., la condición ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se requieren múltiples medicamentos para controlar la condición, etc.); el paciente ha tenido un resultado significativamente adverso cuando la condición no se controló anteriormente (p. ej., hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataques cardíacos, accidente isquémico, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento exagerado), etc.

**Necesidad médica de una forma de dosis diferente o una dosis superior** [Especificar a continuación: (1) Formas de dosis o dosis probadas y resultados de las pruebas de medicamentos; (2) explique la razón médica (3) incluya por qué una dosis menos frecuente con una potencia mayor no es una opción, en caso de exista una potencia mayor]

**Solicitud de excepción de nivel y formulario** especifique a continuación si no se indicó en la sección de HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anterior en el formulario: (1) medicamentos de formulario o preferidos que se probaron y resultados de las pruebas; (2) en caso de resultados adversos, enumere los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) si se dio un fallo terapéutico o el tratamiento no resultó tan eficaz como se solicitaba, enumere la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados, (4) si existen contraindicaciones, indique la razón concreta por la que los medicamentos preferidos u otros de formulario están contraindicados]

**Otros** (explicar debajo)

Explicación requerida \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_