



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección: IEHP DualChoice
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Número de Fax:
(909) 890-5877

Usted también puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-877-273-IEHP (4347), 8am - 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos (TTY) 1-800-718-4347), o a través de nuestro sitio web en www.iehp.org.

Quién Puede Realizar una Solicitud: El profesional que le receta medicamentos puede solicitarnos una determinación de cobertura en nombre de usted. 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 obtener información sobre cómo designar a un representante.

Información del Miembro

Nombre del Miembro		Fecha de Nacimiento
Dirección del Miembro		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	N.º de Identificación de Miembro del Miembro	

Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si quien realiza esta solicitud no es el Miembro ni el profesional que receta medicamentos

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

Documentación de representación para solicitudes realizadas por una persona que no sea el Miembro o el profesional que emite las recetas del Miembro:

Adjunte documentación que demuestre la autorización para representar al Miembro (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un documento escrito equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento con receta que solicita (si es posible, incluya la concentración 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 del plan (excepción a la lista de medicamentos cubiertos).*
- Estuve usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se retirará o se retiró de esta lista durante el año del plan (excepción a la lista de medicamentos cubiertos).*
- Solicito la autorización previa para el medicamento que me recetó el profesional que emite las recetas médicas.*
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe con otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó el profesional que emite las recetas médicas (excepción a la lista de medicamentos cubiertos).*
- Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad de pastillas que me recetó el profesional que emite recetas médicas (excepción a la lista de medicamentos cubiertos).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que me recetó el profesional que emite recetas médicas que el que cuesta otro medicamento que trata mi condición, y quiero pagar el copago más bajo (excepción al nivel).*
- Estuve usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero que se pasará o ha pasado a un nivel de copago más alto (excepción al nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento de lo que debería haber cobrado.
- Deseo que me reembolsen un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si usted solicita una excepción a la lista de medicamentos cubiertos o al nivel, el profesional que le receta medicamentos DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o a cualquier otro requisito de administración de la utilización) pueden requerir información de respaldo. El profesional que le receta medicamentos puede usar la “Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa” adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte cualquier documento de respaldo*):

Nota Importante: Decisiones Aceleradas

Si usted o el profesional que le receta medicamentos consideran que una espera de 72 horas para una decisión estándar podría afectar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar una función por completo, usted puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el profesional que le receta medicamentos indica que una espera de 72 horas podría afectar gravemente su salud, automáticamente le informaremos de nuestra decisión dentro de las 24 horas. Si usted no obtiene la declaración de respaldo del profesional que le receta medicamentos para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo del profesional que le receta medicamentos, adjúntela a esta solicitud).

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

Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS y AL NIVEL no pueden procesarse sin una declaración de respaldo de un profesional que receta medicamentos. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que aplicar el plazo de revisión estándar de 72 horas podría poner en grave peligro la vida o la salud del Miembro o la capacidad del Miembro de recuperar las funciones por completo.

Información sobre el Profesional que Receta Medicamentos		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono del consultorio	Fax	
Firma del Profesional que Receta Medicamentos		Fecha

Diagnóstico e Información Médica		
Medicamentos:	Concentración y Vía de Administración:	Frecuencia:
Fecha de Inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO	Duración Prevista del Tratamiento:	Cantidad por 30 días
Estatura/Peso:	Alergias a Medicamentos:	

<p>DIAGNÓSTICO: Por favor, indique todos los diagnósticos que se tratarán con el medicamento solicitado y los códigos de Clasificación Internacional de Enfermedades ICD-10 correspondientes.</p> <p>(Si la condición que se tratará con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, falta de aire, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa el/los síntoma/s si es posible)</p>	Código/s ICD-10
---	-----------------

<p>Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:</p>	Código/s ICD-10
--	-----------------

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de la/s condición/condiciones que requieren el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS <small>(si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis individual/dosis diaria total probada)</small>	FECHAS de Pruebas de Medicamentos	RESULTADOS de pruebas de medicamentos anteriores FALTA DE EFICACIA frente a INTOLERANCIA (explique)

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del Miembro para la/s condición/condiciones que requiere/n el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

¿Alguna **CONTRAINDICACIÓN OBSERVADA POR LA FDA** para el medicamento solicitado? SÍ NO

¿Alguna inquietud por una **INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS** al agregar el medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos del Miembro? SÍ NO

Si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas indicadas arriba es sí, por favor, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los posibles riesgos a pesar de la inquietud indicada, y 3) el plan de control para garantizar la seguridad

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN ADULTOS MAYORES

Si el Miembro tiene más de 65 años, ¿considera usted que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los posibles riesgos en este paciente adulto mayor? SÍ NO

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

¿Cuál es la Dosis Equivalente de Morfina (*Morphine Equivalent Dose, MED*) acumulada? mg/día

¿Conoce a otros profesionales que recetan medicamentos opioides para este Miembro?
 SÍ NO
 Si es así, por favor, explique.

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

¿Una dosis MED diaria total más baja sería insuficiente para controlar el dolor que presenta el Miembro?

SÍ NO

FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD

Medicamento/s alternativo/s contraindicado/s o probado/s anteriormente, pero con resultado adverso, p. ej., toxicidad, alergia o falta de eficacia terapéutica [Especifique a continuación si aún no se indicó en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anterior en el formulario: (1) Medicamento/s probado/s y resultados de la/s prueba/s de medicamentos (2) si el resultado es adverso, enumere el/los medicamento/s y el resultado adverso de cada uno, (3) si se trata de falta de eficacia terapéutica, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para el/los medicamento/s probado/s, (4) si tiene contraindicaciones, por favor, indique el motivo específico por el que el/los medicamento/s preferido/s u otro/s medicamento/s de la lista de medicamentos cubiertos está/n contraindicado/s]

El paciente se encuentra estable con el/los medicamento/s actual/es; alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con el cambio de medicamento Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría un resultado adverso significativo, p. ej., la condición ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se requieren múltiples medicamentos para controlar la condición), el paciente obtuvo un resultado adverso significativo cuando la condición no se controló previamente (p. ej., hospitalización o visitas médicas frecuentes o para casos agudos, ataque cardíaco, derrame cerebral, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor excesivo y sufrimiento), etc.

Necesidad médica para una formulación diferente de la dosis y/o dosis más alta [Especifique a continuación: (1) Formulación/Formulaciones de dosis y/o dosis probadas y resultado de la/s prueba/s de medicamentos; (2) explique el motivo médico (3) incluya por qué la dosis de menor frecuencia con una concentración más alta no es una opción —si existe una concentración más alta—]

Solicitud de excepción a la lista de medicamentos cubiertos o al nivel Especifique a continuación si no se indicó en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS antes en el formulario: (1) medicamento/s preferido/s o de la lista de medicamentos cubiertos probado/s y resultados de la/s prueba/s de medicamentos (2) si el resultado es adverso, enumere el/los medicamento/s y el resultado adverso de cada uno, (3) si se trata de falta de eficacia terapéutica/no tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para el/los medicamento/s probado/s, (4) si tiene contraindicaciones, por favor, indique el motivo específico de por qué el/los medicamento/s preferido/s u otro/s medicamento/s de la lista de medicamentos cubiertos está/n contraindicado/s]

Otro (explique a continuación)

Explicación Requerida _____

