

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

Utilice este formulario para solicitar a nuestro plan una determinación de cobertura. También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono al **1-800-656-8991, TTY 711** o a través de nuestro sitio web en <https://www.azblue.com/health-choice-pathway/members/prescription-drug-information>. Usted, su médico, la persona que le da sus recetas, o su representante autorizado pueden realizar esta solicitud.

Afiliado al plan

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección física	Ciudad
Estado	Código postal
Teléfono	N.º de identificación de miembro

Si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado al plan ni la persona que le da sus recetas:

Nombre del solicitante
Relación con el afiliado al plan
Dirección física (incluya ciudad, estado y código postal)
Teléfono
☐ Envíe junto con este formulario la documentación que demuestre su autoridad para representar al afiliado (un formulario CMS-1696 de autorización de representación debidamente cumplimentado o equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con nuestro plan o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Nombre del medicamento al que se refiere esta solicitud (incluya información sobre la dosis y la cantidad, si dispone de ella)

Tipo de solicitud

- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más elevado para un medicamento que el que corresponde.
- ☐ Quiero recibir un reembolso para un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo.
- ☐ Solicito autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información complementaria).

Para los tipos de solicitudes que se enumeran a continuación, la persona que le da sus recetas DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud. La persona que le da sus recetas puede completar las páginas 3 y 4 de este formulario, "Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa".

- ☐ Necesito un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).
- ☐ Estuve usando un medicamento que antes figuraba en la lista de medicamentos cubiertos por el plan, pero que fue o será eliminado durante el año del plan (excepción al formulario).
- ☐ Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento recetado (excepción al formulario).
- ☐ Solicito una excepción al límite del plan sobre el número de pastillas (límite de cantidad) que puedo obtener, para poder obtener el número de pastillas que me recetaron (excepción al formulario).
- ☐ Solicito una excepción a las normas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de que pueda obtener un medicamento recetado (excepción al formulario).
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por un medicamento recetado que por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).
- ☐ Estuve utilizando un medicamento que antes tenía un nivel de copago más bajo, pero que ahora tiene o tendrá un nivel de copago más alto (excepción de nivel).

Información adicional que debemos tener en cuenta (*envíe cualquier documento de respaldo junto con este formulario*):

¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o la persona que le da sus recetas consideran que esperar a una decisión estándar de 72 horas podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de máxima recuperación, usted podrá solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que le da sus recetas le indica que esperar 72 horas podría poner en grave peligro su salud, le informaremos nuestra decisión automáticamente dentro de 24 horas. Si la persona que le da sus recetas no le brinda respaldo para dicha solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión acelerada si nos pide que paguemos por un medicamento que ya recibió).

- ☐ **Sí, necesito una respuesta en un plazo de 24 horas.** Si tiene una declaración de apoyo de la persona que le da sus recetas, adjúntela a esta solicitud.

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

Cómo enviar este formulario

Envíe este formulario y cualquier información complementaria por correo postal o fax:

H5587_D43865PY26_C

Dirección:

Número de fax:

1-877-424-5690

Health Choice Pathway

Attn: Pharmacy Prior Authorization Requests

8194 W Deer Valley Rd Ste 106-430

Peoria, AZ 85382

Información adicional para una solicitud de excepción o autorización previa
A completar por la persona que le da sus recetas

☐ **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 su capacidad de máxima recuperación.

Información de la persona que le da sus recetas

Nombre	
Dirección física (incluya ciudad, estado y código postal)	
Teléfono del consultorio	
Fax	
Firma	Fecha

Diagnóstico e información médica

Medicamentos:	Concentración y vía de administración:	
Frecuencia:	Fecha de inicio: ☐ 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 vs. 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** al agregar 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: (responda estas 4 preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

¿Cuál es la dosis equivalente de morfina (**MED, por sus siglas en inglés**) acumulada diaria?

mg/day

¿Tiene conocimiento de otras personas que le recetan opioides a 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 probados anteriormente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** [Si no se indica en la sección HISTORIAL MÉDICO DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (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].

☐ **Los medicamentos alternativos están contraindicados, no serían tan eficaces o podrían provocar efectos adversos.** Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan eficaces o se anticipa un resultado clínico adverso significativo y por qué se esperaría este resultado. Si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados.

☐ **El paciente sufriría efectos adversos si tuviera que cumplir el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo previsto y de por qué se esperaría este resultado.

☐ **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 o una dosificación más alta**

[Especifique a continuación: (1) Forma de dosificación 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.** Si no se indica en la sección HISTORIAL MÉDICO DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (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)
