

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS  
DE LA PARTE D DE MEDICARE**

Este formulario puede ser enviado por correo o fax:

Dirección:  
PO Box 1039  
Appleton, WI 54912-1039

Número de fax:  
1-855-668-8552

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-855-645-8448 (TTY: 711) o a través de nuestro sitio web en <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage>.

**Quién puede hacer una solicitud:** Su recetador puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) haga una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Contáctenos para saber cómo nombrar a un representante.

**Información del afiliado**

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

**Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado o el profesional que le receta las medicinas al afiliado:**

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

**Documentación de representación para solicitudes realizadas por alguien que no sea el afiliado o el profesional que le receta al afiliado:**

**Adjunte la documentación que muestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completo o un equivalente escrito). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.**

**Nombre del medicamento recetado que está solicitando** (si se conoce, 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 del formulario).\*
- He estado usando un medicamento que se incluyó anteriormente en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se eliminó o fue eliminado de esta lista durante el año del plan (excepción del formulario). \*
- Solicito autorización previa para el medicamento que mi médico me ha recetado. \*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó mi médico (excepción del formulario). \*
- Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir para que pueda obtener la cantidad de pastillas que me recetó mi médico (excepción del formulario). \*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento recetado por mi médico que por otro medicamento que trata mi condición, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de niveles). \*
- He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero se está moviendo o fue movido a un nivel de copago más alto (excepción de niveles). \*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento del que debería tener.
- Quiero recibir un reembolso por un medicamento de receta cubierto que pagué de mi bolsillo.

**\*Si solicita una excepción al formulario o al nivel, su recetador DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de manejo de utilización) pueden requerir información de respaldo. Su recetador puede usar la "Información de respaldo adjunta para una solicitud de excepción o autorización previa" para respaldar su solicitud.**

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

---

---

---

---

### Nota importante: Decisiones Aceleradas

Si usted o su médico creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría dañar seriamente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico indica que esperar 72 horas podría dañar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el apoyo de su médico para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos solicita 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 de su recetador, adjúntela a esta solicitud).**

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

### Información de Respaldo Para Una Solicitud de Excepción o Autorización Previa

Las solicitudes de FORMULARIO y EXCEPCIÓN DE NIVELACIÓN no se pueden procesar sin una declaración de respaldo del profesional que le receto su medicamento. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

**SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas puede poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o la capacidad del afiliado de recuperar la función máxima.**

Información del médico		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Telefono de oficina		Número de fax
Firma del medico		Fecha

### Diagnóstico y información médica

Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> <b>NUEVO COMIENZO</b>	Duración esperada de la terapia:	Cantidad por 30 días
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
<b>Diagnóstico – Enumere todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes.</b> (Si la afección que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas si se conoce)		Código (s) ICD-10
<b>Otros DIAGNOSTICOS RELAVANTES:</b>		Código (s) ICD-10
<b>HISTORIAL DE DROGAS:</b> (para el tratamiento de las afecciones que requieren el medicamento solicitado)		
<b>DROGAS PROBADAS</b> (si el límite de cantidad es un problema, enumere la dosis unitaria / la dosis diaria total probada)	<b>FECHAS de ensayos de drogas</b>	<b>RESULTADOS de ensayos farmacológicos anteriores FALLO versus INTOLERANCIA (explique)</b>
¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del afiliado para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?		

<b>SEGURIDAD DE DROGAS</b>		
¿Alguna <b>CONTRAINDICACIÓN NOTADA POR LA FDA</b> al medicamento solicitado?		<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
¿Alguna preocupación por una <b>INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS</b> con la adición del medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos del afiliado?		<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente es sí, por favor 1) explique el problema, 2) discuta los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación señalada, y 3) el plan de monitoreo para garantizar la seguridad		
<b>GESTIÓN DE ALTO RIESGO DE DROGAS EN PERSONAS MAYORES</b>		
Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente anciano?		<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>OPIOIDES: (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)</b>		
¿Cuál es la dosis diaria equivalente de morfina acumulativa ( <b>MED</b> )?		<input type="text"/> <b>mg/día</b>

¿Conoce otros prescriptores de opioides para esta afiliado?

SI  NO

Si es así, explique.

¿La dosis diaria de MED indicada es médicamente necesaria?

SI  NO

¿Sería insuficiente una dosis de MED diaria total inferior para controlar el dolor del afiliado?

SI  NO

### JUSTIFICACIÓN DE SOLICITUD

**Medicamento (s) alternativo (s) contraindicado o probado previamente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o falla terapéutica** [Especifique a continuación si no se ha indicado en la sección HISTORIAL DE DROGAS anteriormente en el formulario: (1) Medicamento (s) probado (s) y resultados de los ensayos farmacológicos (2) si el resultado adverso, enumere los medicamentos y los resultados adversos para cada uno, (3) si el fracaso terapéutico, enumere la dosis máxima y la duración de la terapia para el (los) fármaco (s) probados, (4) si contraindicaciones, indique la razón específica por la cual los medicamentos preferidos / otros medicamentos del formulario están contraindicados]

**El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con cambio de medicación** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría un resultado adverso significativo, por ejemplo, la condición ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se requieren múltiples medicamentos para controlar condición), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la condición no se controló previamente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

**Necesidad médica de diferentes formas de dosificación y / o dosis más altas** [Especifique a continuación: (1) Forma (s) de dosificación y / o dosificación (es) probadas y resultado de los ensayos farmacológicos; (2) explique la razón médica (3) incluya por qué la dosificación menos frecuente con una mayor concentración no es una opción, si existe una mayor concentración]

**Solicitud de excepción al nivel del formulario** Especifique a continuación si no se menciona en la sección HISTORIAL DE DROGAS anteriormente en el formulario: (1) formulario o medicamentos preferidos probados y resultados de los ensayos de medicamentos (2) si el resultado es adverso, enumere los medicamentos ) y el resultado adverso para cada uno, (3) si el fracaso terapéutico / no es tan efectivo como el medicamento solicitado, enumere la dosis máxima y la duración de la terapia para el (los) medicamento (s) probado (s), (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la que prefiere drogas (s) / otras drogas del formulario están contraindicadas]

**Otro** (explique a continuación)

**Explicación requerida** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Memorial Hermann *Advantage* HMO es proporcionado por Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación de contrato.

Memorial Hermann *Advantage* cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.