

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE  
MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE**

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:  
10181 Scripps Gateway Court  
San Diego, CA 92131

Número de Fax:  
858-790-7100

Número de Teléfono:  
1-800-788-2949

Usted también puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-800-788-2949, o a través de nuestro sitio web en <https://mp.medimpact.com/partdcoveragedetermination>.

**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 sobre el Afiliado**

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

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

Nombre del Solicitante		
Relación del Solicitante con el Afiliado		
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		

**Documentación de representación para solicitudes realizadas por una persona que no sea el afiliado o el profesional que receta medicamentos al afiliado:**

**Adjunte documentación que demuestre la autorización para representar al afiliado (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 recetado 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 receta medicamentos. \*
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe con otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó el profesional que receta medicamentos (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 receta medicamentos (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 receta medicamentos que lo que cobra por 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 dar 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 ESTE CASILLERO SI CONSIDERA QUE NECESITA QUE SE TOMA UNA DECISIÓN EN EL TÉRMINO DE 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 afiliado o la capacidad del afiliado de recuperar las funciones por completo.

Información sobre el profesional que receta medicamentos		
Nombre		
Domicilio		
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"/> <b>NUEVO INICIO</b>	Duración Prevista del Tratamiento:	Cantidad por 30 días
Estatura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
<b>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.</b> <small>(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)</small>		Código/s ICD-10
<b>Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:</b>		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 anteriores de medicamentos <b>FALTA DE EFICACIA vs. INTOLERANCIA (explicar)</b>

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del afiliado 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 afiliado?  **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 afiliado 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 opiáceo)**

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

¿Conoce a otros profesionales que recetan medicamentos opiáceos para este afiliado?  **SÍ:**  **NO**  
Si es así, por favor, explique.

¿La dosis MED diaria establecida está anotada como medicamento necesaria?  **SÍ:**  **NO**

¿Una dosis MED diaria total más baja sería insuficiente para controlar el dolor que presenta el afiliado?  **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** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_