

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

Puede enviarnos este formulario por correo o fax:

Dirección:  
Simply Healthcare  
Attention: Pharmacy Department  
9250 West Flagler Street, Suite 600  
Miami, FL 33174-3460

Número de fax:  
1-877-577-9045

También puede solicitarnos una determinación sobre la cobertura por teléfono llamando al número de Servicios de Farmacia para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación del miembro (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o a través de nuestro sitio web, [www.simplyhealthcareplans.com/medicare](http://www.simplyhealthcareplans.com/medicare).

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

**Información del inscrito**

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

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace la solicitud no es el inscrito o el emisor de recetas:**

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

**Documentación de representación para solicitudes hechas por otra persona que no sea el inscrito o el emisor de recetas del inscrito:**

**Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al inscrito (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.**

**Nombre del medicamento recetado que solicita** (incluir la concentración y la cantidad solicitada por mes si se conoce esta información):

### Tipo de Solicitud de Determinación sobre la Cobertura

- Necesito un medicamento que no figura en la lista de medicamentos cubiertos (excepción al formulario) del plan.\*
- He estado usando un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se lo eliminará o se lo eliminó de la lista durante el año del plan (excepción al formulario).\*
- Solicito la autorización previa para el medicamento que mi emisor de recetas recetó.\*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que mi emisor de recetas recetó (excepción al formulario).\*
- Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de comprimidos (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad de comprimidos que mi emisor de recetas recetó (excepción al formulario).\*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago mayor por el medicamento que mi emisor de recetas recetó que el que cobra por otro medicamento adecuado para mi afección, y quiero pagar el copago menor (excepción a nivel de cobertura).\*
- He estado usando un medicamento que antes estaba incluido en un nivel de copago menor, pero se lo moverá o se lo movió a un nivel de copago mayor (excepción a nivel de cobertura).\*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago por un medicamento que es mayor que el que debería haberme cobrado.
- Quiero un reembolso por un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

**\*NOTA: Si está solicitando una excepción al formulario o una excepción a nivel de cobertura, su emisor de recetas DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que estén sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de administración de la utilización) pueden requerir información de respaldo. Su emisor de recetas puede utilizar 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 su emisor de recetas creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad de recuperar las capacidades funcionales máximas, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su emisor de recetas indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 24 horas. Si usted no cuenta con el apoyo de su emisor de recetas para una solicitud de decisión acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación sobre la cobertura acelerada si nos está pidiendo que le hagamos el reembolso por un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTE CASILLERO SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 24 HORAS (si tiene una declaración justificatoria de su emisor de recetas, adjúntela a esta solicitud).**

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

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

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL FORMULARIO y EXCEPCIÓN A NIVEL DE COBERTURA no se pueden procesar sin una declaración justificatoria del emisor de recetas. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

**SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: Al marcar este casillero y firmar debajo, certifico que aplicar el plazo de revisión estándar de 72 horas podría dañar gravemente la vida o la salud del inscrito o la capacidad del inscrito de recuperar la función máxima.**

Información del emisor de recetas		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio	Fax	
Firma del emisor de recetas		Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> <b>NUEVO COMIENZO</b>	Duración esperada del tratamiento:	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 de Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (ICD-10) correspondientes.</b> <small>(Si la afección 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 el diagnóstico que ocasiona los síntomas, si lo sabe).</small>		Códigos ICD-10
<b>Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:</b>		Códigos ICD-10

### ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS: (para el tratamiento de las afecciones que requieren el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS <small>(si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/dosis diaria total probada)</small>	FECHAS de las pruebas de medicamentos	RESULTADOS de pruebas de medicamentos anteriores <b>FRACASO o INTOLERANCIA (explique)</b>

¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del inscrito para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?

**SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS**

¿Existe alguna **CONTRAINDICACIÓN MENCIONADA POR LA FDA** para el medicamento solicitado?

**SÍ**    **NO**

¿Existe alguna preocupación con respecto a una **INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA** con la adición del medicamento solicitado a la farmacoterapia actual del inscrito?  **SÍ**    **NO**

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas arriba es afirmativa, 1) explique el problema, 2) enumere los beneficios en comparación con los posibles riesgos a pesar de la preocupación mencionada y 3) mencione el plan de control para garantizar la seguridad

**ADMINISTRACIÓN DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES**

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

**OPIOIDES (responda las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)**

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

¿Está al tanto de si existen otros emisores de recetas de opioides para este inscrito?  **SÍ**    **NO**  
Si es así, explique.

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

¿Sería una dosis MED diaria total menor insuficiente para controlar el dolor del inscrito?  **SÍ**    **NO**

**FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD**

**Medicamentos alternativos contraindicados o probados anteriormente, pero con resultados adversos, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** [Especifique a continuación si no lo indicó en la sección ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS que figura antes en el formulario: (1) medicamentos probados y resultados de ensayos de medicamentos; (2) en caso de resultados adversos, enumere los medicamentos y los resultados adversos de cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos probados; (4) en caso de contraindicaciones, enumere la razón específica por la que medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados]

**El paciente está estable con los medicamentos que usa actualmente; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con cambio de medicamentos** Una explicación detallada de los resultados clínicos adversos significativos previstos y el motivo por el que se esperaría un resultado clínico adverso significativo, p. ej., la afección ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, varios medicamentos necesarios para controlar la afección), el paciente presentó un resultado adverso significativo cuando la afección no estaba controlada anteriormente (p. ej., hospitalización o consultas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación considerable del estado funcional, dolor y sufrimiento injustificados), etc.

**Necesidad médica de otra presentación y/o una dosis mayor** [Especifique a continuación: (1) presentaciones y/o dosis probadas y resultado de los ensayos de medicamentos; (2) explique la razón médica; (3) incluya el motivo por el que una administración menos frecuente con una concentración mayor no es una opción (en caso de que exista una concentración mayor)]

**Solicitud de excepción al nivel del formulario** [Especifique a continuación si no lo indicó en la sección ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS que figura antes en el formulario: (1) medicamentos preferidos o del formulario probados y resultados de ensayos de medicamentos; (2) en caso de resultados adversos, enumere los medicamentos y los resultados adversos de cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico/menor eficacia que el medicamento solicitado, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos probados; (4) en caso de contraindicaciones, enumere la razón específica por la que medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados]

**Otros** (explique a continuación)

**Explicación Requerida** \_\_\_\_\_

---

---

---

---