

SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE CUBIERTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Este formulario puede ser enviado a nosotros por correo o fax:

Dirección:
 MCS Advantage, Inc.
 Departamento de Farmacia
 PO Box 191720
 San Juan PR 00919-1720

Número de Fax:
 1-866-763-9097

También puede solicitar una determinación de cubierta por teléfono al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182) o a través de nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com.

¿Quién puede hacer una solicitud?: Su médico puede solicitarnos una determinación de cubierta a su nombre. Si desea que otra persona (como por ejemplo un familiar o amigo) haga una petición para usted, esa persona debe ser su representante autorizado. Contáctenos para indicarle como nombrar a alguien como su representante.

Información del afiliado

Nombre del afiliado		Fecha de nacimiento
Dirección del afiliado		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	# ID del afiliado	

Complete la siguiente sección SÓLO si la persona que hace esta petición no es el afiliado o el médico:

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 es el afiliado o el médico del afiliado:

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un formulario de Autorización de Representante CMS-1696 o un equivalente por escrito). Para más información sobre el nombramiento de un representante, contacte su plan o al 1- 800-Medicare.

Nombre del medicamento recetado que usted está solicitando (si tiene conocimiento, indique la dosificación y la cantidad usada mensualmente):

Tipo de Solicitud de Determinación de Cubierta

- Necesito un medicamento que no está en el formulario de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario). *
- He estado usando un medicamento que estaba previamente incluido en formulario de medicamentos cubiertos del plan, pero se está removiendo o fue retirado del formulario durante el año del plan (excepción al formulario). *
- Solicito pre-autorización para el medicamento que mi médico ha recetado. *
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que mi médico recetó (excepción al formulario). *
- Solicito una excepción al límite del plan en el número de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener el número de pastillas que mi médico recetó (excepción al formulario). *
- Mi plan de medicamentos tiene un copago más alto por el medicamento que mi médico prescribió que lo que les cobra por otro medicamento que trata mi condición, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel). *
- He estado usando un medicamento que estaba previamente incluido en el nivel de copago más bajo, pero se está moviendo o fue trasladado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel). *
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto de lo debido por un medicamento.
- Quiero recibir un reembolso por un medicamento recetado cubierto que he pagado de mi bolsillo.

*** NOTA: Si usted está solicitando una excepción al formulario o de nivel, su médico TIENE que proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Solicitudes que están sujetas a una pre-autorización (o cualquier otro requisito de manejo de utilización) puede requerir información de apoyo. Su médico puede utilizar el anejo “Información de Apoyo para Solicitud de Excepción o Pre-Autorización” para apoyar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte los documentos de justificación*):

Nota Importante: Decisiones Expeditas

Si usted o su médico creen que esperar 72 horas para una decisión normal podría afectar seriamente su vida, la salud, o la capacidad de recuperar su máxima funcionalidad, usted puede pedir una decisión expedita (rápida). Si su médico indica que esperar 72 horas podría afectar seriamente su salud, nosotros automáticamente le daremos una decisión dentro de 24 horas. Si

usted no obtiene el apoyo de su médico para una solicitud expedita, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cubierta expedita si nos está pidiendo que le paguemos por un medicamento que ya ha recibido.

MARQUE ESTA CASILLA SI USTED CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de su médico, adjuntar a esta solicitud).

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

Información de Apoyo para Solicitud de Excepción o Pre-Autorización

Solicitudes de EXCEPCIÓN al FORMULARIO y de NIVEL no pueden ser procesados sin justificación médica. Solicitudes de PRE-AUTORIZACIÓN podrían requerir información de apoyo.

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

Información del médico		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de la oficina	Fax	
Firma del médico	Fecha	

Información médica y diagnóstico		
Medicamento:	Dosificación y ruta de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> INICIO NUEVO	Duración estimada de la terapia:	Cantidad para 30 días
Estatura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO – Favor indicar todos los diagnósticos que están siendo tratados con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. <small>(Si la condición que está siendo tratada con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor de pecho, náusea, etc., indique el diagnóstico que está causando el síntoma, de conocerlo)</small>		Código(s) ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Código(s) ICD-10

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

MEDICAMENTOS INTENTADOS (Si el límite de cantidad es un problema, indique las dosis por unidad/total de dosis diaria intentada)	FECHAS de los Intentos de Medicamentos	RESULTADOS de intentos de medicamentos previos FALLO vs INTOLERANCIA (explique)

¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del afiliado para la(s) condición(es) que requiere(n) el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

¿Alguna **contraindicación notificada por la FDA** para el medicamento solicitado?

SÍ **NO**

¿Alguna preocupación por una **INTERACCION DE MEDICAMENTOS** al incluir el medicamento solicitado al régimen actual del afiliado? **SÍ** **NO**

Si la respuesta para cualquiera de las preguntas de arriba es sí, por favor 1) explique la situación, 2) discuta los beneficios vs los posibles riesgos a pesar de la preocupación indicada, y 3) plan de monitoreo para asegurar la seguridad

MANEJO DE ALTO RIESGO EN MEDICAMENTOS PARA ENVEJECIENTES

Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿entiende que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado tienen mayor peso que los posibles riesgos en este paciente envejeciente

SÍ **NO**

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

¿Cuál es la Dosis Equivalente de Morfina (**MED**) diaria acumulativa? **mg/día**

¿Tiene conocimiento de otros médicos que recetan opiáceos para este afiliado?

SÍ **NO**

De ser así, favor explicar.

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

¿Una dosis diaria total MED menor no sería suficiente para controlar el dolor del afiliado? **SÍ** **NO**

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Medicamento(s) alterno(s) contraindicados o intentados previamente, pero con un resultado adverso, por ejemplo toxicidad, alergia, o fallo terapéutico [Especifique abajo si no fue anotado antes en la sección de HISTORIAL DE MEDICAMENTOS del formulario: (1) Medicamento(s) intentado(s) y resultados del(los) intento(s) (2) si hubo un resultado adverso, indique el(los) medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno, (3) si hubo fallo terapéutico, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para el (los) medicamento(s) intentado(s), (4) si hubo contraindicaciones, por favor indique la razón específica por la cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos en el formulario son contraindicados]

El paciente se encuentra estable con el(los) medicamento(s) actual(es); alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con un cambio de medicamento [Se requiere una explicación de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se espera ese resultado adverso – por ejemplo, la condición ha sido difícil de controlar (han probado varios medicamentos, han requerido usar múltiples medicamentos para controlar la condición), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la condición no fue controlada previamente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardiaco, infarto, caídas, limitaciones significativas de estatus funcional, dolor y sufrimiento excesivo),etc.]

Necesidad médica de diferentes formas de dosis y/o una dosis mayor [Especifique abajo: (1) Forma(s) de la dosis y/o dosis intentada(s) y el resultado del(los) intento(s) de medicamento(s); (2) explique la razón médica (3) incluya por qué una dosis menos frecuente con una fuerza mayor no es una opción – de existir una fuerza mayor]

Solicitud de una excepción de nivel al formulario [Especifique abajo si no fue anotado antes en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS del formulario: (1) medicamento(s) del formulario o preferido intentado y resultados de la(s) prueba(s) de(los) medicamento(s), (2) si hubo resultado adverso, indique el(los) medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno, (3) si hubo fallo terapéutico/no fue tan efectivo como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para el(los) medicamento(s) intentados, (4) si hubo contraindicaciones, favor indicar la razón específica por la cual el(los) medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) en el formulario son contraindicados]

Otro (explique abajo)

Explicación Requerida _____

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-627-8183. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-627-8183. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-627-8183。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-627-8183。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-627-8183. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-627-8183. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-627-8183 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-627-8183. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-627-8183번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-627-8183. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-627-8183. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-627-8183 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-627-8183. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-627-8183. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-627-8183. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-627-8183. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-627-8183にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。