

**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 o a través de nuestro sitio web en [www.mcsclassicare.com](http://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 representantación 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).**

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

**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"/> <b>INICIO NUEVO</b>	Duración estimada de la terapia:	Cantidad para 30 días
Estatura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
<b>DIAGNÓSTICO – Favor indicar todos los diagnósticos que estan siendo tratados con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes.</b> (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, nausea, etc., indique el diagnóstico que está causando el síntoma, de conocerlo)		Código(s) ICD-10
<b>Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:</b>		Código(s) ICD-10

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

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

¿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 tiene 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/day**

¿Tiene conocimiento de otros médicos que recetan opiáceos para este afiliado? Are you aware of other opioid prescribers for this enrollee?  **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 cardíaco, 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** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan OSS con un contrato Medicare y con un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato.

MCS Advantage, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS Advantage, Inc. complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. MCS Advantage, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182)

# Aviso para informar al público sobre los requisitos de accesibilidad y no discriminación

MCS Advantage, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS Advantage, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MCS Advantage, Inc.:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas.

Si considera que MCS Advantage, Inc. no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo al siguiente: Centro de Llamadas, MCS Advantage, Inc., Centro de Llamadas, PO BOX 191720, San Juan, PR 00919-1720, 787-620-2530 (área metropolitana), 1-866-627-8183 (libre de cargos), 1-866-627-8182 (usuarios de TTY), 787-620-1337 (fax).

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestro Centro de Llamadas está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU., de manera electrónica a través del portal para querrelas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

**Aviso de Confidencialidad:** La información contenida en esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996, según enmendada (HIPAA, por sus siglas en inglés). Esta información es para el 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 estrictamente prohibido y le podría exponer a penalidades civiles o criminales. Si usted recibió esta información por error, por favor notifique inmediatamente al remitente y procure la devolución o destrucción de esta comunicación.