



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

Utilice este formulario para solicitar una determinación de cobertura a nuestro plan. También puede solicitar una determinación de cubierta por teléfono al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182) Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. o a través de nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com. Usted, su médico o el profesional que le receta, o su representante autorizado pueden realizar esta solicitud.

Afiliado al plan

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

Si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado al plan o el profesional que le receta:

Nombre del solicitante
Relación con el afiliado al plan
Dirección (incluya Ciudad, Estado y Código postal)
Teléfono
☐ Junto con este formulario, presente la documentación que demuestre su autoridad para representar al afiliado (formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con nuestro plan o llame al 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Nombre del medicamento al que se refiere esta solicitud (incluya información sobre la dosis y la cantidad si está disponible)

Tipo de Solicitud

- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto de lo debido por un medicamento.
- ☐ Quiero que me reembolsen por un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo.
- ☐ Solicito pre-autorización para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información de respaldo).

Para los tipos de solicitudes que se enumeran a continuación, su médico DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud. Su médico puede completar las páginas 3 y 4 de este formulario, "Información de respaldo para una solicitud de excepción o pre-autorización".

- ☐ Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).
- ☐ He estado usando un medicamento que estaba en la lista de medicamentos cubiertos del plan anteriormente, pero ha sido o será removido durante el año del plan (excepción al formulario).
- ☐ Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener un medicamento recetado (excepción al formulario).
- ☐ Solicito una excepción al límite del plan en el número de pastillas (límite de cantidad) que puedo obtener para poder obtener la cantidad de pastillas que me recetaron (excepción al formulario).
- ☐ Solicito una excepción a las reglas de pre-autorización del plan que deben cumplirse antes de obtener un medicamento recetado (excepción al formulario).
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por un medicamento recetado que por otro medicamento que trata mi condición, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).
- ☐ He estado usando un medicamento que antes estaba en un nivel de copago más bajo, pero se ha movido o se moverá a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).

Información adicional que debemos considerar (*envíe cualquier documento de respaldo con este formulario*):

¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o su médico creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar seriamente su vida, su salud o su capacidad para recuperar su máxima funcionalidad, usted puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico indica que esperar 72 horas podría perjudicar seriamente su salud, le daremos automáticamente una decisión en un plazo de 24 horas. Si no obtiene el apoyo de su médico para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión acelerada. (No puede solicitar una decisión acelerada si nos pide el reembolso de un medicamento que ya recibió).

☐ **SI, necesito una decisión dentro de 24 horas.** Si tiene una declaración de apoyo de su médico, adjúntela a esta solicitud.

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

Cómo enviar este formulario

Envíe este formulario y cualquier información de respaldo 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

Información de Apoyo para Solicitud de Excepción o Pre-Autorización
Para ser completado por el profesional que le receta

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

Información del médico

Nombre	
Dirección (incluya Ciudad, Estado y Código postal)	
Teléfono de la oficina	
Fax	
Firma	Fecha

Información Médica y Diagnóstico

Medicamento:	Dosificación y ruta de administración:	
Frecuencia:	Fecha de inicio: ☐ NUEVO COMIENZO	
Duración prevista de la terapia:	Cantidad para 30 días:	
Estatura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO – Por favor, enumere todos los diagnósticos que están siendo tratados con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. (Si la condición 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 el/los síntoma(s), si lo conoce)		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 la 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 actual de medicamentos del afiliado para la(s) condición(es) que requiere(n) el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

¿Alguna **CONTRAINDICACIÓN CONOCIDA POR LA FDA** para el medicamento solicitado?

☐ SI ☐ NO

¿Alguna preocupación sobre una **INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS** al añadir el medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos del afiliado?

☐ SI ☐ NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es sí, por favor 1) explique el problema, 2) analice los beneficios vs los riesgos potenciales a pesar de la preocupación conocida, y 3) elabore un plan de monitoreo para garantizar la seguridad

MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN ENVEJECIENTES

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 de edad avanzada?

☐ SI ☐ NO

OPIOIDES – (responda estas 4 preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

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

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

☐ SI ☐ NO

Si es así, por favor explique.

¿La dosis diaria MED indicada es médicamente necesaria?

☐ SI ☐ NO

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

☐ SI ☐ NO

RACIONAL DE LA SOLICITUD

☐ **Medicamento(s) alternativo(s) intentados previamente, pero con un resultado adverso, por ejemplo toxicidad, alergia, o fallo terapéutico.** Si no fue anotado en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) Medicamento(s) intentado(s) y resultados del intento/de los intentos (2) si el resultado es adverso, indique el/los medicamento(s) y el resultado adverso de cada uno, (3) si hubo fallo terapéutico, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para el/los medicamento(s) intentado(s).

☐ **Medicamento(s) alternativo(s) contraindicado(s), no sería(n) tan efectivo(s) o que probablemente causaría(n) resultados adversos.** Se requiere una explicación específica de por qué el/los medicamento(s) alternativo(s) no serían tan efectivos o se anticipa un resultado

clínico adverso significativo y por qué se esperaría este resultado. Si tiene contraindicación(es), indique el motivo específico por el cual el/los medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del formulario está(n) contraindicado(s).

☐ **El paciente sufriría efectos adversos si le fuese requerido satisfacer el requisito de pre-autorización.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría este resultado.

☐ **El paciente está estable con el/los medicamento(s) actual(es); alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con un cambio de medicamento.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría ese resultado - por ejemplo, la condición ha sido difícil de controlar (se han probado muchos medicamentos, se requieren múltiples medicamentos para controlar la condición), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la condición no estaba controlada 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 una forma de dosificación diferente y/o una dosis más alta** Especifique abajo: (1) Forma(s) de dosificación y/o dosis probada(s) y el/los resultado(s) del intento/de los intentos del medicamento/de medicamentos; (2) explique la razón médica (3) incluya por qué una dosis menos frecuente con una concentración mayor no es una opción - si existe una concentración mayor.

☐ **Solicitud de excepción de nivel de formulario** Si no fue anotado en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique abajo: (1) medicamento(s) del formulario o preferido(s) intentado(s) y resultados de la/las prueba(s) del medicamento/de los medicamentos (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 están contraindicados.

☐ **Otro** (explique a continuación)

MCS Classicare es un plan HMO ofrecido por MCS Advantage, Inc. **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.



Notice of availability of language assistance services and auxiliary aids and services

English: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Español: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Chinese: 如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) an.

Korean: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) 로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

المساعدات والخدمات المساعدات تتوفر لك متاحة المجانية اللغوية المساعدة خدمات فإن ، العربية تتحدث كنت إذا **Arabic:** 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) مجاناً إليها الوصول يمكن بتنسيقات المعلومات لتوفير المناسبة (8182).

Italian: Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Portuguese: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

French Creole: Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib tou gratis. Rele 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपलब्ध हैं। सुलभ परारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक एड्स और सेवाएं भी निः शुल्क उपलब्ध हैं। कॉल 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Japanese: 日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) に電話します。