

NOS PUEDE ENVIAR ESTE FORMULARIO POR CORREO POSTAL O POR FAX

MAGELLAN COMPLETE CARE OF VIRGINIA (HMO SNP)

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

Puede encontrar las copias de este formulario e información adicional en

<https://dsn timer.mccofva.com/members/2021-member-materials-forms/>

Dirección: 1075 Main Street, Suite 400, Waltham, MA 02451 **Fax:** 1-888-251-7823

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-855-818-4876
O por nuestro sitio web en <https://dsn timer.mccofva.com/members/2021-member-materials-forms/>. **Para evitar demoras innecesarias, ASEGÚRESE DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO ÍNTEGRAMENTE Y DE ESCRIBIR CON LETRA IMPRENTA CLARA.**

Quién puede realizar una solicitud: el miembro y el profesional que receta el medicamento (en su nombre) pueden solicitarnos una determinación de cobertura. Si otra persona (como un miembro de su familia o un amigo) realiza una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante autorizado. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo designar a un representante.

Solicitante: Miembro Profesional que receta Representante autorizado del miembro

Información del afiliado

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

Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado o el profesional que receta.

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 sea el afiliado o el profesional que receta del afiliado: adjunte la documentación que muestre la autorización para representar al afiliado (un [Appointment of Representation Form CMS-1696](#) (Formulario de nombramiento de representante CMS-1696) completo o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre el nombramiento de un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-MEDICARE.

Nombre del medicamento recetado que solicita

(si tiene la información, incluya la dosis y la cantidad solicitada por mes)

Seleccione una: Sustitución genérica autorizada Como se receta Medicamento de la Parte B

Nombre del medicamento	Dosis	Cantidad por 30 días
Indicaciones	Vía	Duración del tratamiento

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario). *
- He estado recibiendo un medicamento que estaba incluido anteriormente en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero fue eliminado de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario). *
- Solicito autorización previa para el medicamento que recetó el profesional que me receta. *
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que recetó el profesional que me receta (excepción al formulario). *
- Solicito una excepción al límite del plan sobre la cantidad de comprimidos (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad de comprimidos que recetó el profesional que me receta (excepción al formulario). *
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que recetó el profesional que me receta que lo que cobra por otro medicamento para tratar mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de niveles). *
- He estado recibiendo un medicamento que estaba incluido anteriormente en un nivel de copago más bajo, pero está en proceso de ser movido o se moverá a un copago más alto (excepción de niveles). *
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento de lo que debería.
- Solicito un reintegro por un medicamento recetado que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: si solicita una excepción al formulario o de niveles, el profesional que le receta DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a una autorización previa (o cualquier otro requisito de gestión de utilización) pueden requerir información de respaldo. El profesional que le receta 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 que corresponda*)

Nota importante: decisiones aceleradas

Si usted o el profesional que receta consideran que esperar 72 horas por una decisión estándar podría afectar gravemente su vida, salud o capacidad para volver a adquirir la máxima función, pueden solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el profesional que le receta indica que esperar 72 horas podría afectar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtuvo el apoyo del profesional que le receta para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos solicita el reembolso por un medicamento que ya recibió.

- MARQUE ESTE CASILLERO SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo del profesional que le receta, adjúntela a esta solicitud).**

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

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de excepción a FORMULARIOS y de NIVELES no se pueden procesar sin la declaración de respaldo del profesional que receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

- SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN ACELERADA: al marcar este casillero y firmar a continuación, certifico que aplicar el plazo estándar de revisión de 72 horas puede poner en riesgo de forma grave la vida o la salud del afiliado o su capacidad de recuperar su función máxima.**

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

Información del profesional que receta

Nombre	Contacto del consultorio	
Especialidad	NPI	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio	Fax	
Firma del profesional que receta	Fecha	

Diagnóstico e información médica		
Medicamentos	Dosis y vía de administración	Frecuencia
Fecha del comienzo <input type="checkbox"/> NUEVO COMIENZO	Duración estimada del tratamiento	Cantidad por 30 días
Altura/peso	Alergias a medicamentos	
DIAGNÓSTICO – Enumere todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. (Si la afección que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor de pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que están provocando esos síntomas si son conocidos).		Código(s) ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS IMPORTANTES		Código(s) ICD-10

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS (para el tratamiento de las afecciones que requieren el medicamento solicitado)		
Medicamentos probados (si el límite de cantidad es un problema, enumere la dosis unitaria/dosis diaria total probada)	Fechas de las pruebas de los medicamentos	Resultados de pruebas de medicamentos previas Ineficacia e intolerancia (explicar)
¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del afiliado para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?		

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿Alguna **contraindicación** que haya notado la FDA para el medicamento solicitado? SÍ NO

¿Alguna inquietud por una **interacción farmacológica** con el medicamento solicitado agregado al régimen de medicamentos actual del afiliado? SÍ NO

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, (1) explique el problema, (2) analice los beneficios y riesgos potenciales a pesar del problema observado, y (3) explique un plan de control para garantizar la seguridad.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO PARA PERSONAS MAYORES

Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan a los riesgos potenciales en este paciente mayor? SÍ NO

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

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

¿Conoce otros profesionales que receten opioides para este afiliado?
Si es así, explique. SÍ NO

¿La dosis diaria de MED es médicamente necesaria? SÍ NO

¿Sería insuficiente una dosis diaria total más baja de MED para controlar el dolor del afiliado? SÍ NO

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

- Medicamentos alternativos contraindicados o probados con anterioridad, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o inefectividad terapéutica.** Especifique a continuación si no se encuentran enumerados en la sección anterior de HISTORIAL DE MEDICAMENTOS del formulario: (1) Medicamentos probados y resultados de pruebas de medicamentos (2) en caso de resultados adversos, enumere los medicamentos y los resultados adversos para cada uno de ellos (3) en caso de inefectividad terapéutica, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos probados (4) en caso de contraindicaciones, enumere la razón específica de la contraindicación de los medicamentos de preferencia/otros medicamentos del formulario.
- El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de importantes resultados clínicos adversos con cambio de medicación.** Se requiere una explicación específica sobre cualquier riesgo de resultados clínicos adversos y por qué se espera un resultado adverso de riesgo, por ejemplo, la afección fue difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, múltiples medicamentos necesarios para controlar la afección), el paciente tenía un riesgo de resultado clínico adverso cuando la afección no se controló con anterioridad (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas de urgencia, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, limitación importante del estado funcional, dolor y sufrimiento excesivos, etc.).
- Necesidad médica de una forma de administración distinta o una dosis más alta.** Especifique a continuación: (1) Forma(s) de administración o dosis probadas y resultados de pruebas de medicamentos; (2) explique las razones médicas (3) incluya por qué una administración menos frecuente con una dosis mayor no es una opción, en caso de existir una dosis mayor.
- Solicitud de formulario de excepción de niveles.** Especifique a continuación si no fue especificado en la sección anterior HISTORIAL DE MEDICAMENTOS del formulario: (1) formulario o medicamentos probados de preferencia y resultados de pruebas de medicamentos (2) en caso de resultados adversos, enumere los medicamentos y los resultados adversos para cada uno de ellos (3) en caso de inefectividad terapéutica/un medicamento no tan efectivo como 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 sobre por qué los medicamentos de preferencia/otros medicamentos del formulario están contraindicados.
- Otros** (explique a continuación)

Explicación requerida:
