



FORMULARIO DE 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 cobertura por teléfono llamando al 1-855-735-4398 (TTY: 711). También puede visitar nuestro sitio web en mmp.absolutetotalcare.com. El horario de atención de Servicios al Miembro es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil]. Usted, su médico, otro profesional que expide recetas o su representante autorizado pueden hacer esta solicitud.

Miembro del plan

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

Si la persona que realiza esta solicitud no es el miembro del plan o el profesional que expide recetas:

Nombre del solicitante
Relación con el miembro del plan
Dirección (ciudad, estado y código postal)
Teléfono
<input type="checkbox"/> Envíe documentación junto con este formulario que demuestre la autoridad para representar al miembro (un formulario completo de autorización de representación CMS-1696 o un equivalente). Si desea obtener más información sobre cómo designar un representante, póngase en contacto 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 sobre el que se trata esta solicitud (incluya la información de 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
- Deseo que se me reembolse el monto pagado por medicamentos cubiertos que pagué como gasto de bolsillo
- Estoy pidiendo autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información de respaldo)

Para los tipos de solicitudes que se enumeran a continuación, el profesional que expide recetas DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud. El profesional que expide recetas puede completar las páginas 3 y 4 de este formulario, "Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa".

- Necesito un medicamento que no se encuentra 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 antes, pero que ha sido o será eliminado durante el año del plan (excepción al formulario)
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento recetado (excepción al formulario)
- Solicito una excepción al límite del plan respecto al número de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir a fin de obtener el número de pastillas que me recetaron (excepción al formulario)
- Solicito una excepción a las reglas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de obtener un medicamento recetado (excepción al formulario).
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento recetado en comparación a lo que cobra por otros medicamentos que sirven para tratar mi condición y deseo pagar el copago más bajo (excepción de nivel)
- He estado utilizando un medicamento que previamente estaba incluido 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 deberíamos considerar (*adjunte cualquier documento de respaldo con este formulario*):

¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o su profesional que expide recetas considera que esperar 72 horas por una decisión estándar podría afectar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar sus capacidades al máximo, puede pedir una decisión expedita (rápida). Si su profesional que expide recetas indica que esperar 72 horas pudiera afectar gravemente su salud, automáticamente le indicaremos nuestra decisión en un lapso de 24 horas. Si usted no obtiene el apoyo del profesional que expide recetas para una decisión acelerada, nosotros decidiremos si su caso lo requiere. (Usted no puede solicitar una decisión acelerada si nos está pidiendo que le reembolsemos un medicamento que ya recibió).

Sí, necesito una decisión en un plazo de 24 horas. Si tiene una declaración de apoyo de su profesional que expide recetas, adjúntela a su solicitud.

Firma:

Fecha:

Cómo enviar este formulario

Envíe este formulario y cualquier información de respaldo por correo o fax:

Dirección:
Medicare Pharmacy Prior
Authorization Department
[P.O. Box 31397
Tampa, FL 33631-3397]

Número de fax:
[1-877-941-0480]

**Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa
Debe ser completado por el profesional que expide recetas**

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

Información del profesional que expide recetas

Nombre
Dirección (ciudad, estado y código postal)
Teléfono de oficina
Fax
Firma Fecha

Diagnóstico e información médica

Medicamento:	Potencia y vía de administración:
Frecuencia:	Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO
Duración prevista de la terapia:	Cantidad cada 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 condición 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 causa los síntomas, si se conocen)	
	Códigos ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:	Códigos ICD-10

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las condiciones que requieren el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad causa algún problema, indique la dosis unitaria o la dosis diaria total probada)	FECHAS de los ensayos farmacológicos	RESULTADOS de los ensayos farmacológicos anteriores FALLO frente a INTOLERANCIA (explicar)

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

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿Alguna **CONTRAINDICACIÓN INDICADA POR LA FDA** al medicamento solicitado? SÍ NO

¿Tiene alguna inquietud por una **INTERACCIÓN CON MEDICAMENTOS** al agregar el medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos del miembro? SÍ NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es sí, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación mencionada, y 3) supervise el plan para garantizar la seguridad

MANEJO DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Si el miembro es mayor de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente de edad avanzada? SÍ NO

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

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

¿Conoce a otros profesionales que expiden recetas de opioides para este miembro? SÍ NO
Si es así, explique.

¿Se considera médicamente necesaria la dosis diaria indicada de MED? SÍ NO

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

FUNDAMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Medicamentos alternativos probados anteriormente, pero con resultado adverso, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico.** Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) Medicamentos probados y resultados de ensayos farmacológicos (2) si es un resultado adverso, indique los medicamentos y el resultado adverso para cada uno, (3) si es un fracaso terapéutico, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados.
- Medicamentos alternativos contraindicados, no serían tan eficaces o probablemente causen resultados adversos.** Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan eficaces o anticiparían un resultado clínico adverso significativo y por qué este resultado sería esperado. Si tiene contraindicaciones, indique el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados
- El paciente sufriría efectos adversos si tuviera que cumplir con el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo y anticipado, y por qué este resultado sería esperado.
- El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con cambio en la medicación.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo y anticipado, y por qué este resultado sería esperado. Por ejemplo, la condición ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, múltiples medicamentos requeridos para controlar la condición), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la condición no se controló previamente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, derrame cerebral, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.
- Necesidad médica de una forma de dosificación diferente o una dosificación mayor.** Especifique a continuación: (1) Formas de dosificación o dosis probadas y resultado de ensayos farmacológicos; (2) explicar el motivo médico; (3) incluir por qué una dosificación menos frecuente con una concentración más alta no es una opción, si existe una concentración más alta.
- Solicitud de excepción de nivel y al formulario.** Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) medicamentos del formulario o preferidos probados y resultados de ensayos farmacológicos; (2) si es un resultado adverso, indique los medicamentos y el resultado adverso para cada uno, (3) si es un fracaso terapéutico/no tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados; (4) si tiene contraindicaciones, indique el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados.
- Otro** (explicar abajo)

Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con South Carolina Healthy Connections Medicaid para brindar los beneficios de ambos programas a los afiliados.

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. También contamos con servicios y asistencia auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles de manera gratuita. Llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

注意：如果您说中文（普通话），我们将为您提供免费的语言协助服务。我们还免费提供相应的辅助工具和服务，以无障碍方式提供信息。请致电 1-855-735-4398 (TTY: 711) 或咨询您的医疗服务提供者。

注意：如果您講廣東話，您可以免費使用語言協助服務。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。請致電 1-855-735-4398 (TTY: 711) 或洽詢您的服務提供者。

ATENSYON: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga libreng serbisyo ng tulong sa wika na available para sa inyo. Available din nang libre ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo para makapagbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tumawag sa 1-855-735-4398 (TTY: 711) o makipag-usap sa inyong tagapagbigay ng serbisyo.

REMARQUE : si vous parlez français, un service d'assistance linguistique gratuit est à votre disposition. Des aides et des services auxiliares appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-735-4398 (TTY : 711) ou contactez votre fournisseur.

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. 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 1-855-735-4398 (TTY: 711) hoặc trao đổi với nhà cung cấp của quý vị.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Entsprechende weitere Unterstützung und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in zugänglichen Formaten stehen Ihnen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie folgende Nummer an oder wenden Sie sich an Ihren Anbieter: 1-855-735-4398 (TTY: 711).

주의: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 제공 정보의 적합한 보조 지원과 서비스 또한 접근 가능한 형식으로 무료로 제공됩니다. 1-855-735-4398(TTY: 711) 번으로 전화하거나 제공자에게 문의하십시오.

ВНИМАНИЕ: если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги помощи на родном языке. Вам также бесплатно доступны соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах. Позвоните по номеру 1-855-735-4398 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متوفرة لك. تتوفر أيضًا أدوات المساعدة والخدمات الإضافية المناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل بالرقم 1-855-735-4398 (TTY: 711) أو تحدث إلى مزود الخدمة الخاص بك.

ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili, a titolo gratuito, adeguati servizi e supporti ausiliari per fornire le informazioni in formati accessibili. Contatti il numero 1-855-735-4398 (TTY: 711) oppure si rivolga al Suo fornitore.

ATENÇÃO: se falar português, estão disponíveis serviços de assistência gratuitos no seu idioma. Também estão disponíveis de forma gratuita materiais e serviços de apoio adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-855-735-4398 (TTY: 711) ou fale com o seu prestador de cuidados.

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis asistans gratis ki disponib. Epitou w ap jwenn aparèy ki bay sipò ak sèvis ki bay enfòmasyon nan fòm ki aksesib gratis. Rele nan 1-855-735-4398 (TTY: 711) oswa pale ak founisè w lan.

UWAGA: jeśli mówisz w języku polskim, możesz skorzystać z bezpłatnych usług językowych. Dostępne są również bezpłatne dodatkowe materiały pomocnicze i usługi mające na celu dostarczenie informacji w dogodnym formacie. Zadzwoń pod numer 1-855-735-4398 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą usług.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूप में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक उपकरण और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-735-4398 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги мовної підтримки. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації в доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-855-735-4398 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника.

پاملرنه: که تاسو په پښتو خبرې کوئ، تاسو لپاره د وړیا ژبې مرستې خدمتونه موجود دي. د لاسرسي وړ فورمو کې د معلوماتو چمتو کولو لپاره مناسب مرستندویه مرستې او خدمات هم وړیا شتون لري. 1-855-735-4398 (TTY: 711) ته زنگ ووهئ یا خپل چمتو کونکي سره خبرې وکړئ.

লক্ষ্য করুন: আপনি বাংলাতে কথা বললে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তার পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটে তথ্য সরবরাহ করতে যথাযথ অতিরিক্ত সহায়ক ও পরিষেবাগুলিও বিনামূল্যে পাওয়া যায়। 1-855-735-4398 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন বা আপনার প্রভাইডারের সাথে কথা বলুন।

توجه: اگر فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک‌زبانی رایگان به شما ارائه می‌دهیم. کمک‌ها و خدمات تکمیلی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های دسترس‌پذیر نیز به طور رایگان در اختیارتان قرار می‌گیرد. با شماره 1-855-735-4398 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده‌تان صحبت کنید.

VËMENDJE: Nëse flisni shqip, janë të disponueshme shërbime ndihmëse gjuhësore pa pagesë. Ofrohen gjithashtu pajisje dhe shërbime ndihmëse të përshtatshme për të dhënë informacion në formate të aksesueshme pa pagesë. Telefononi në numrin 1-855-735-4398 (TTY: 711) ose flisni me ofruesin tuaj.

توجه: اگر شما به زبان دری صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبان رایگان برای شما موجود است. کمک‌ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه معلومات در فارمت های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-855-735-4398 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

注意：日本語を話される方は、無料で言語支援サービスを利用できます。アクセス可能なフォーマットで適切なサポートや補助サービスを無料で受けることもできます。1-855-735-4398 (TTY: 711) までお電話いただくか、プロバイダーにご相談ください。