

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

Use este formulario para solicitar a nuestro plan médico una determinación de cobertura.

También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono llamando al 833-998-5351 (TTY: 711), 24 horas al día, siete días a la semana o a través de nuestro sitio web en emblemhealth.com/Medicare. Usted, su médico o la persona que receta, o su representante autorizado pueden presentar esta solicitud.

Afiliado al plan médico

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad
Estado	Código postal
Teléfono	Número de asegurado

Si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado del plan médico ni la persona que receta:

Nombre del solicitante
Relación con el afiliado del plan médico
Dirección (incluya ciudad, estado y código postal)
Teléfono
☐ Presente junto a este formulario la documentación que demuestre su autoridad para representar al afiliado (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con nuestro plan médico 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 realiza 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 del que correspondía por un medicamento.
- ☐ Quiero que me reembolsen un medicamento con cobertura que ya pagué de mi bolsillo.
- ☐ Estoy solicitando autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información de respaldo).

Para los tipos de solicitudes que se enumeran a continuación, la persona que le receta DEBE proporcionar una afirmación que respalde la solicitud. La persona que le receta 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 está en la lista de medicamentos cubiertos del plan médico (excepción a la lista de medicamentos).

☐ He estado usando un medicamento que estaba en la lista de medicamentos con cobertura del plan médico antes, pero que se ha retirado o se retirará durante el año del plan (excepción a la lista de medicamentos).

☐ Estoy solicitando una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener un medicamento recetado (excepción a la lista de medicamentos).

☐ Estoy solicitando una excepción al límite del plan médico en la cantidad de píldoras (cantidad límite) que puedo obtener para poder recibir la cantidad de píldoras que me recetaron (excepción a la lista de medicamentos).

☐ Estoy solicitando una excepción a las normas de autorización previa del plan médico que deben cumplirse antes de obtener un medicamento recetado (excepción a la lista de medicamentos).

☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por un medicamento recetado que el que cobra por otro medicamento que trata mi problema de salud, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).

☐ He estado usando un medicamento que estaba en un nivel de copago más bajo antes, pero que ha pasado o pasará a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).

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

¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o la persona que le receta consideran que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que le receta indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le comunicaremos automáticamente una decisión en un plazo de 24 horas. Si no obtiene el apoyo de la persona que le receta para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión acelerada si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya recibió).

☐ **Sí, necesito una decisión dentro de las 24 horas.** Si tiene una afirmación de respaldo de la persona que le receta, adjúntela a esta solicitud.

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

Cómo enviar este formulario

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

Dirección:
Clinical Review
Attn: Medicare Part D
2900 Ames Crossing Road Suite 200
Eagan, MN 55121

Número de fax:
877-898-6093

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa
La debe completar la persona que receta

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

Información de la persona que receta

Nombre	
Dirección (incluya ciudad, estado y código postal)	
Teléfono del consultorio	
Fax	
Firma	Fecha

Diagnóstico e información médica

Medicamentos:	Concentración y vía de administración:	
Frecuencia:	Fecha de inicio: ☐ NUEVO COMIENZO	
Duración prevista de la terapia:	Cantidad para 30 días:	
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: enumere todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos de ICD-10 correspondientes. (Si el problema de salud que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, falta de aire, dolor de pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si se conoce).		Códigos de ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Códigos de ICD-10

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de problemas de salud que requieren el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS (Si la cantidad límite es un problema, enumere la dosis unitaria/dosis diaria total probada)	FECHAS de las pruebas de medicamentos	RESULTADOS de pruebas de medicamentos anteriores FALLA o INTOLERANCIA (explicar)

¿Cuál es el régimen vigente de medicamentos del afiliado para los problemas de salud que requieren el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿Existe alguna **CONTRAINDICACIÓN RECONOCIDA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FDA, EN INGLÉS)** al medicamento solicitado? ☐ SÍ ☐ NO

¿Existe alguna inquietud por una **INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA** al agregar el medicamento solicitado al régimen vigente de medicamentos del afiliado? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es sí, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los posibles riesgos a pesar de la inquietud indicada y 3) monitoree el plan médico para garantizar la seguridad.

MANEJO DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES

Si el afiliado tiene más de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los posibles riesgos en este paciente de edad avanzada? ☐ SÍ ☐ NO

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

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

¿Sabe si otros médicos le recetan opioides a este afiliado? ☐ SÍ ☐ NO
Si la respuesta es sí, explique.

¿Es la dosis diaria indicada de MED médicamente necesaria? ☐ SÍ ☐ NO
¿Sería insuficiente una dosis diaria total más baja de MED para controlar el dolor que siente el afiliado? ☐ SÍ ☐ NO

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

☐ **Se han probado medicamentos alternativos previamente, pero con resultados adversos, como toxicidad, alergia o ineficacia terapéutica.** [Si no se indicó en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) medicamentos probados y resultados de pruebas de medicamentos (2) en caso de un resultado adverso, detalle los medicamentos y los resultados adversos para cada uno, (3) en caso de ineficiencia terapéutica, detalle la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados].

☐ **Medicamentos alternativos contraindicados, menos eficaces o con probabilidad de causar un resultado adverso.** Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos serían menos eficaces o se prevé un resultado clínico adverso significativo y por qué se espera dicho resultado. En caso de contraindicación, indique el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos de la lista de medicamentos están contraindicados.

☐ **El paciente sufriría efectos adversos si se le exigiera cumplir con el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de cualquier posible resultado clínico adverso significativo y por qué se espera dicho resultado.

☐ **El paciente está estable con los medicamentos actuales; existe un alto riesgo de un resultado clínico adverso significativo si se cambia de medicamento.** Se requiere una explicación específica de cualquier posible resultado clínico adverso significativo y por qué se espera dicho resultado, p. ej., el problema de salud ha sido difícil de controlar (se han probado muchos medicamentos, se requieren varios medicamentos para controlarlo), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando el problema de salud no se controló previamente (p. ej., hospitalización o visitas médicas frecuentes para enfermos agudos, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación funcional significativa, dolor y sufrimiento excesivos), etc.

☐ **Necesidad médica de diferentes formas de dosificación o dosis más altas** [Especifique a continuación: (1) formas de dosificación o dosis probadas y resultado de pruebas de medicamentos; (2) explique el motivo médico; (3) explique por qué no es una opción reducir la frecuencia de la dosis utilizando una concentración más alta, si existe].

☐ **Solicitud de excepción del nivel de la lista de medicamentos** Si no se indicó en la sección "HISTORIAL DE MEDICAMENTOS", especifique a continuación: (1) medicamentos preferidos o de la lista de medicamentos probados y resultados de las pruebas de medicamentos, (2) en caso de un resultado adverso, indique los medicamentos y el resultado adverso para cada uno, (3) en caso de ineficiencia terapéutica o menor eficacia que el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y duración de la terapia para los medicamentos probados, (4) en caso de contraindicación, detalle el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos u otros de la lista de medicamentos están contraindicados].

☐ **Otro** (explique a continuación)

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia en idiomas y ayudas y servicios auxiliares

English ATTENTION: If you speak another language, 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 **833-998-5351** (TTY: **711**) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **833-998-5351** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 **833-998-5351** (文本电: **711**) 或咨询您的服务提供商。

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **833-998-5351** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan **833-998-5351** (TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **833-998-5351** (TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' **833-998-5351** (tty: **711**) o parla con il tuo fornitore.

(Yiddish) יידיש נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. צונעמען אידס און ב. דינוגס פ. ר. פראווידינג ינפ. רמאציע אין צוטריטלעך פארמאטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. רופן) **833-998-5351** (TTY: **711**) דער רעדן מיט דיין טרעגער.

বাংলা (Bengali) মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। **833-998-5351** (TTY: **711**) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **833-998-5351** (TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم **833-998-5351** (**711**) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Français (French) ATTENTION : 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 **833-998-5351** (TTY: **711**) ou parlez à votre fournisseur.

اردو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ **833-998-5351** (TTY: **711**) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **833-998-5351** (TTY: **711**) o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παρ χή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τ **833-998-5351** (TTY: **711**) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

SHQIP (Albanian) VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi **833-998-5351** (TTY: **711**) ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

AVISO DE POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal

EmblemHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales, como los rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género y estereotipos de sexo. EmblemHealth no excluye a las personas ni las trata menos favorablemente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

EmblemHealth:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayuda y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Ofrece servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, lo que puede incluir:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el coordinador de derechos civiles llamando a Medicare Connect Concierge al **877-344-7364** (TTY: **711**; Horario de atención: del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábado).

Si cree que EmblemHealth no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: el coordinador de derechos civiles por correo postal a la dirección EmblemHealth Grievance and Appeals Department, P.O. Box 2807, New York, NY 10116-2807; por fax al **866-854-2763**; o por teléfono a Medicare Connect Concierge al **877-344-7364**. (Marque **711** para los servicios TTY). Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o el portal para miembros. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Reclamos y Apelaciones de EmblemHealth está disponible para asistirlo. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a: **Departamento de Salud y Servicios Humanos (Estados Unidos) (DHHS), 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 800-368-1019, (TTY: 800-537-7697).**

Los formularios de quejas están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en el sitio web de EmblemHealth:
espanol.emblemhealth.com/legal/nondiscrimination.