

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Este formulario puede enviarse por correo postal o fax:

Dirección: Número de fax: 1-833-898-3103
Mass General Brigham Health Plan, Inc.
Medicare Advantage
399 Revolution Drive, Suite 850
Somerville, MA 02145

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-855-833-3668

Quién puede realizar una solicitud: el médico que emite la receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona, como un familiar o amigo, realice una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar a un representante.

Información del afiliado

Nombre del afiliado		Fecha de nacimiento
Dirección del afiliado		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	N.º de identificación de miembro del afiliado	

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado ni el médico que emite la 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 ni el médico que emite la receta del afiliado:

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento recetado que está solicitando (si se conoce, incluya la concentración y la cantidad solicitada por mes):

Solicitud de determinación de tipo de cobertura

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario).*
- He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que se va eliminar o se eliminó de esta lista durante el año del plan (excepción del formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que me recetó el médico.*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó el médico (excepción del formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de comprimidos (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad de comprimidos que me recetó el médico (excepción del formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que me recetó el médico que por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).*
- He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero se va a trasladar o se trasladó a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto del que debería por un medicamento.
- Quiero recibir un reembolso por un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si solicita una excepción del formulario o de nivel, el médico que emite la receta DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de gestión de utilización) pueden requerir información de respaldo. El médico que emite la 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*):

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o el médico que emite la 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 el médico que emite la 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 del médico que emite la receta para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo del médico que emite la receta, adjúntela a esta solicitud).

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

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN DEL FORMULARIO y DE NIVEL no pueden procesarse sin la declaración de respaldo del médico que emite la receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

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 afiliado o la capacidad del afiliado para recuperar la función máxima.

Información del médico que emite la receta		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio	Fax	
Firma del médico que emite la receta		Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamentos:	Concentración 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 afección 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 ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Códigos ICD-10
ANTECEDENTES 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 los ensayos farmacológicos	RESULTADOS de los ensayos farmacológicos anteriores de FRACASO FRENTE A INTOLERANCIA (explique)
¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del afiliado para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?		

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO		
¿Alguna CONTRAINDICACIÓN INDICADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, FDA) para el medicamento solicitado?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna inquietud por una INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA con la adición del medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del afiliado?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente es sí, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los posibles riesgos a pesar de la inquietud mencionada y 3) monitoree el plan para garantizar la seguridad.		
GESTIÓN DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES		
Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los posibles riesgos en este paciente mayor?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
OPIOIDES: (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)		
¿Cuál es la dosis diaria acumulada de equivalente de morfina (Morphine Equivalent Dose, MED)?		mg/día
¿Conoce a otros médicos que recetan opioides para este afiliado? Si es así, explique.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Se considera médicamente necesaria la dosis diaria indicada de MED?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Sería insuficiente una dosis diaria total de MED más baja para controlar el dolor del afiliado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Medicamentos alternativos contraindicados o probados previamente, pero con resultado adverso, p. ej., toxicidad, alergia o ineficacia terapéutica [especifique a continuación si aún no se ha indicado en la sección ANTECEDENTES DEL MEDICAMENTO anteriormente en el formulario:

(1) Medicamentos probados y resultados de pruebas de medicamentos; (2) si hay un resultado adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) si es un fracaso terapéutico, enumere la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados; (4) si hay contraindicaciones, enumere el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados]

El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con cambio de medicamento. Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría un resultado adverso significativo, p. ej., la afección ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, múltiples medicamentos necesarios para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no se controló previamente (p. ej., hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento excesivos), etc.

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

Solicitud de excepción de nivel del formulario. Especifique a continuación si no se indica en la sección ANTECEDENTES DEL MEDICAMENTO anterior en el formulario: (1) medicamentos del formulario o preferidos probados y resultados de pruebas de medicamentos; (2) si hay un resultado adverso, indique los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) si es un fracaso terapéutico/no es tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados; (4) si hay contradicciones, indique los motivos específicos por los que los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados]

Otro (explique a continuación)

Otro (explique a continuación)

Explicación requerida _____
