



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Este formulario puede ser enviado por correo postal o por fax:

Dirección: Humana Clinical Pharmacy Review (HCPR)
P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512

Número de Fax: 1-877-486-2621

Puede también solicitarnos una determinación de cobertura llamando por teléfono al 1-800-555-2546 o a través de nuestro sitio web en www.humana.com/provider/pharmacy-resources/prior-authorizations.

Quién puede hacer una solicitud: El profesional que emitió su receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en nombre suyo. Si usted quiere que otra persona (como un miembro de su familia o un amigo) haga una solicitud en su nombre, esa persona deberá ser su representante. Comuníquese con nosotros para conocer cómo nombrar a un representante.

Información del afiliado

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

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace esta solicitud no es la persona afiliada 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 distinto al afiliado o al profesional que receta del afiliado:

Adjunte documentos que muestren que está autorizado para representar al afiliado (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un escrito equivalente).



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 lo sabe, incluya concentración y cantidad solicitada por mes):

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).*
- He estado usando un medicamento que estaba previamente incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero está siendo eliminado o fue eliminado de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento recetado por el profesional que emite la receta.*
- Solicito una excepción al requisito de que yo pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que me fue recetado por el profesional que emite la receta (excepción al formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan en el número de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para que yo pueda obtener el número de píldoras que me fue recetado por el profesional que emite la receta (excepción al formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento recetado por el profesional que emite la receta que por otro medicamento utilizado para el tratamiento de mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción al nivel).*
- He estado usando un medicamento que estaba previamente incluido en un nivel de copago más bajo, pero está siendo cambiado o fue cambiado a un nivel de copago más alto (excepción al nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento del que debió haber cobrado.
- Quiero un reembolso por un medicamento recetado cubierto que pagué con fondos de mi bolsillo.

***NOTA: Si está solicitando una excepción al formulario o al nivel, el profesional que emite la receta DEBE proveer una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de control de la utilización), pueden requerir información de respaldo. El profesional que emite su receta puede utilizar el anexo “Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa”, para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte cualquier documentación de respaldo*):

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o el profesional que emite la receta consideran que esperar 72 horas por una decisión estándar pudiera perjudicar gravemente su vida, salud o capacidad para recobrar el máximo de sus funciones, usted puede solicitar que se tome una decisión (rápida) acelerada. Si el profesional que emite la receta indica que esperar 72 horas pudiera perjudicar gravemente su vida, le daremos una decisión automáticamente dentro de 24 horas. Si no obtiene el respaldo del profesional que emite la receta para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si está pidiendo el reembolso de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISION DENTRO DE 24 HORAS (de tener una declaración de respaldo de parte del profesional que emite su receta, adjúntela a esta solicitud).

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

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL FORMULARIO y AL NIVEL no pueden ser procesadas sin la declaración de respaldo de un profesional que emite la receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que aplicar el plazo estándar de revisión de 72 horas, puede ser perjudicial para la vida o la salud del afiliado o la capacidad para recobrar el máximo de las funciones del afiliado.

Información del profesional que emite la receta

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de oficina		Fax
Firma del profesional que emite la receta		Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO	Duración esperada de la terapia:	Cantidad para 30 días
Altura/peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO – Indique todos los diagnósticos que reciben tratamiento con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. <small>(Si la afección que recibe tratamiento con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo: anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náusea, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, de conocerse).</small>		Código(s) ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Código(s) ICD-10
HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de la afección que requiere el medicamento solicitado)		
MEDICAMENTOS PROBADOS <small>(si el límite de cantidad es una dificultad, indique la dosis por unidad/dosis diaria total probada)</small>	FECHAS de pruebas con los medicamentos	RESULTADOS de pruebas anteriores con los medicamentos FRACASO vs INTOLERANCIA (explique)
¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del afiliado para la(s) afección(es) que requieren el medicamento solicitado?		
SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO		
¿Existe ALGUNA CONTRAINDICACIÓN DE LA FDA para el medicamento solicitado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Hay alguna preocupación por una INTERACCIÓN DE MEDICAMENTO al añadir el medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos del afiliado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas arriba formuladas es "sí", 1) explique la dificultad, 2) comente los beneficios frente a los riesgos potenciales, a pesar de la preocupación expresada, y 3) dé seguimiento al plan para garantizar la seguridad		
CONTROL DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN LAS PERSONA MAYORES		

¿Si el afiliado es mayor de 65 años, usted cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado sobrepasan los riesgos potenciales para este paciente mayor?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
OPIOIDES – (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opiode)		
¿Cuál es la Dosis equivalente de morfina (MED) acumulativa diaria?	<input type="text"/>	mg/día
¿Sabe usted de otros profesionales que recetan opioides para este afiliado? De ser afirmativa la respuesta, explique.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Es la dosis MED diaria indicada documentada como necesaria por razones médicas?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Sería una dosis MED diaria total menor insuficiente para controlar el dolor del afiliado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD		

Medicamento(s) alternativo(s) contraindicado(s) o probado(s) anteriormente, pero con resultados adversos, por ejemplo: toxicidad, alergia, o fracaso terapéutico. [Especifique abajo si no se ha indicado anteriormente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS en el formulario: (1) medicamento(s) probado(s) y resultados de la(s) prueba(s) con el medicamento, (2) si el resultado es adverso, indique el(los) medicamento(s) y resultados adversos para cada uno; (3) si fracasó la terapia, indique la dosis máxima y duración de la terapia del medicamento(s) probado; (4) de haber contraindicación(es), indique la razón específica por la cual el(los) medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del formulario están contraindicados]

El paciente está estable con el(los) medicamento(s) actual(es); existe 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 un resultado adverso significativo se anticipa – por ejemplo: la afección ha sido difícil de controlar (se probó con muchos medicamentos, varios medicamentos requeridos para controlar la afección), el paciente presentó un reacción adversa significativa cuando la afección no fue controlada anteriormente (por ejemplo: hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque al corazón, derrame cerebral, caídas, limitaciones importantes del estado funcional, dolor y sufrimiento excesivo), etc.

Necesidad médica de cambio en la forma de la dosificación y/o una dosis mayor. [Especifique abajo: (1) forma(s) de la dosificación y/o dosis probada y resultado de la(s) prueba(s) del medicamento(s), (2) explique la razón médica, (3) incluya por qué una dosificación menos frecuente con una concentración mayor no es una opción – si existe una concentración mayor]

Solicitud de una excepción al formulario o al nivel. Especifique abajo si no se ha indicado en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS en el formulario: (1) formulario o medicamento(s) preferido(s) probados y resultados del medicamento(s) probado(s), (2) si el resultado es adverso, indique el(los) medicamento(s) y resultados adversos para cada uno, (3) si fracasó la terapia/no es tan efectivo como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y duración de la terapia del medicamento(s) probado, (4) de haber contraindicación(es), indique la razón específica por la cual el(los) medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del formulario están contraindicados]

Otro (explique abajo)

Explicación requerida _____

