



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

Utilice este formulario para pedirle a nuestro plan una determinación de cobertura.

También puede solicitar una determinación de cobertura llamando a Servicios al Miembro al 1-800-275-4737 (TTY: 711) o a través de nuestro sitio web, www.healthnet.com.

Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Hay un sistema de mensajería disponible después del horario de atención, los fines de semana y los feriados federales. Usted, su médico, el profesional que expide recetas o su representante autorizado pueden realizar esta solicitud.

Persona inscrita en el plan

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad
Estado	Código postal
Teléfono	N.º de identificación (ID) de miembro

Si la persona que realiza esta solicitud no es la persona inscrita en el plan ni el profesional que expide recetas:

Nombre del solicitante
Relación con la persona inscrita en el plan
Dirección (incluya ciudad, estado y código postal)
Teléfono

- Junto con este formulario, presente documentación que demuestre su autoridad para representar a la persona inscrita (un formulario CMS-1696 de autorización de representación completo o equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese 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 al que se refiere 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 debería haberme cobrado por un medicamento.
- Quiero que me reembolsen por un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo.
- Solicito una 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 respalte 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 está 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, pero se eliminó o se eliminará durante el año del plan (excepción al Formulario).
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener un medicamento recetado (excepción al Formulario).
- Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo obtener para poder obtener la cantidad de píldoras que me recetaron (excepción al Formulario).
- Solicito una excepción a las reglas de autorización previa del plan que debo cumplir antes de obtener un medicamento recetado (excepción al Formulario).
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por un medicamento recetado que por otro medicamento para tratar mi condición, y yo 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 lo cambiaron o lo cambiarán a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).

Información adicional que debemos tener en cuenta (*envíe los documentos de respaldo con este formulario*):

¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o el profesional que expide recetas creen que esperar 72 horas para obtener una decisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar las funciones máximas, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el profesional que expide recetas indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el apoyo del profesional que expide recetas para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión acelerada si nos pide que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió).

Sí, necesito una decisión dentro de las 24 horas. Si tiene una declaración de apoyo del profesional que expide recetas, adjúntela a esta 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:
1-866-226-1093

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 de la persona inscrita o su capacidad para recuperar sus funciones al máximo.

Información del profesional que expide recetas

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: <input type="checkbox"/> NUEVO COMIENZO	
Duración prevista de la terapia:	Cantidad por 30 días:	
Altura/peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: Enumere todos los diagnósticos que se estén tratando con el medicamento solicitado y los códigos de la Clasificación internacional de enfermedades (ICD)-10 correspondientes. (Si la condición que se trata 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 lo conoce).		
		Códigos ICD-10
Otros DIAGNÓSTICO RELACIONADOS:		Códigos ICD-10

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

MEDICAMENTOS QUE PROBÓ (si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/la dosis diaria total probada)	FECHAS de los ensayos de medicamentos	RESULTADOS de ensayos previos con medicamentos FRACASO frente a INTOLERANCIA (explicar)

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos de la persona inscrita para las condiciones que requieren el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿Alguna **CONTRAINDICACIÓN OBSERVADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FDA)** para el medicamento solicitado? SÍ NO

¿Le preocupa una **INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA** al agregar el medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos de la persona inscrita? SÍ NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es afirmativa, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la inquietud mencionada y 3) agregue un plan de supervisión para garantizar la seguridad.

MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN ADULTOS MAYORES

Si la persona inscrita tiene más de 65 años, ¿considera 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)

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

¿Conoce a otros profesionales que expiden recetas de opioides a esta persona inscrita? SÍ NO
Si es así, explique.

¿La MED diaria indicada es médicaamente necesaria? SÍ NO

¿Sería insuficiente una dosis total diaria más baja de MED para controlar el dolor de la persona inscrita?
 SÍ NO

FUNDAMENTO 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) medicamento(s) probado(s) y resultados de los ensayos de medicamentos; (2) si el resultado es adverso, indique los medicamentos y el resultado adverso de cada uno; (3) si el tratamiento ha fracasado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos probados.

Los medicamentos alternativos están contraindicados, no serían tan eficaces o, probablemente, no causarían un resultado adverso. Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan eficaces o implicarían un resultado clínico adverso significativo, y por qué se esperaría este resultado. Si tiene contraindicaciones, indique el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos u 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 anticipado y por qué se esperaría este resultado.

El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; existe un alto riesgo de resultados adversos clínicos significativos con el cambio de medicación Se requiere una explicación específica de cualquier resultado adverso clínico significativo anticipado y por qué se esperaría dicho resultado, por ejemplo: la condición ha sido difícil de controlar (se han probado muchos medicamentos, se han requerido múltiples medicamentos para controlarla) o el paciente experimentó un resultado adverso significativo cuando la condición no fue controlada previamente (por ejemplo, hospitalización o frecuentes visitas médicas de urgencia, ataque cardíaco, derrame cerebral, caídas, limitación significativa de la funcionalidad, dolor y sufrimiento excesivos), etc.

Necesidad médica de una forma de dosificación diferente o una dosis más alta

Especifique a continuación: (1) forma(s) de dosificación o dosis probadas y resultado de los ensayos de medicamentos; (2) el motivo médico; (3) 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 del Formulario Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) los medicamentos preferidos o del Formulario probados y los resultados de los ensayos con medicamentos; (2) si el resultado es adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) si fracasó el tratamiento/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 contraindicaciones, indique el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del Formulario están contraindicados.

Otro (explique a continuación)

Health Net cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (lo que incluye el embarazo y la orientación sexual). **Health Net** no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, sexo (lo que incluye el embarazo y la orientación sexual).

Health Net

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas
- Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros al 1-800-275-4737 (TTY: 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario laboral, los fines de semana y los días festivos federales se utiliza un sistema de mensajería.

Si considera que **Health Net** no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (lo que incluye el embarazo y la orientación sexual), puede presentar una queja ante la siguiente entidad:

1557 Coordinator

PO Box 31384, Tampa, FL 33631

855-577-8234

TTY: 711

FAX: 866-388-1769

SM_Section1557Coord@centene.com

Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro **Coordinador 1557** está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del Portal para Reclamos de la Office for Civil Rights, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-275-4737 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-275-4737 (TTY: 711). These services are free.

انتباہ: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-800-275-4737 (TTY: 711).
تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطاعة كبيرة. اتصل على 1-800-275-4737 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր
լեզվով, զանգահարեք 1-800-275-4737 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև
հաշմանդամություն ուսեցող անձանց համար նախատեսված
օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլան
գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Զանգահարեք
1-800-275-4737 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-800-275-4737 (TTY : 711)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-800-275-4737 (TTY : 711)。这些服务均免费提供。

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-800-275-4737 (TTY : 711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-800-275-4737 (TTY : 711)。這些服務均為免費。

ਪਿਆਨ ਵਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-275-4737 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-275-4737 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ਧਾਨ ਦੇਂ: ਅगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-275-4737 (TTY: 711) पर कॉल करें। विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-800-275-4737 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-800-275-4737 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-800-275-4737 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

注意：言語のヘルプが必要な場合は 1-800-275-4737 (TTY : 711) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-800-275-4737 (TTY : 711) にお電話ください。これらのサービスは無料です。

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면

1-800-275-4737(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-275-4737(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໄສ: ຫາກທ່ານຕົ້ນງານຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທໜາ 1-800-275-4737 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ແຊ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນຸ່ມ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທໜາ 1-800-275-4737 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-275-4737 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zouc sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-275-4737 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

**ចໍ່ແນໍ່ ປຣສີນເບີໜຸກຄູຮ່າງຄວາມຜິດພາບສົ່ງສົ່ງສົ່ງສົ່ງ
1-800-275-4737 (TTY: 711) ຜິດພາບສົ່ງສົ່ງສົ່ງສົ່ງສົ່ງສົ່ງສົ່ງສົ່ງ
ມກມູນສູ້ບສມາປັດຕິການເຖິງກົດ ນີ້ສົ່ງສົ່ງສົ່ງສົ່ງສົ່ງສົ່ງສົ່ງ
1-800-275-4737 (TTY: 711) ເຊັ່ນຄືດເຫຼື່ອເຄີຍເຫຼື່ອເຫຼື່ອເຫຼື່ອເຫຼື່ອ**

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-800-275-4737 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-800-275-4737 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помочь на родном языке, позвоните по номеру 1-800-275-4737 (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру 1-800-275-4737 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-800-275-4737 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-800-275-4737 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-275-4737 (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-275-4737 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyon ito.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-800-275-4737 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-800-275-4737 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-800-275-4737 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-275-4737 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-800-275-4737 (TTY: 711). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số 1-800-275-4737 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.