Wellcare Buckeye MyCare Ohio Dual Align Unity (HMO D-SNP)
Wellcare Buckeye MyCare Ohio Dual Align (HMO D-SNP)

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 1-855-445-3562, TTY: 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 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 de los horarios de atención, y durante los fines de semana y los feriados federales, se utiliza un sistema de mensajería. O a través de nuestro sitio web en go.wellcare.com/BuckeyeOH. Usted, su médico, otro profesional que expide recetas o su representante autorizado pueden hacer esta solicitud.

Afiliado al plan

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

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

Nombre del solicitante
Relación con el afiliado al plan
Dirección (ciudad, estado y código postal)
Número de teléfono
☐ Envíe documentación junto con este formulario que demuestre la autoridad para representar al afiliado (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:
1-866-226-1093

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 del afiliado 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: ☐ **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 afiliado 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 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 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 afiliado 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 afiliado? ☐ **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 afiliado? ☐ **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)

_____

_____

_____

_____