



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:
CVS Caremark Appeals Dept.
MC109
PO Box 52000
Phoenix AZ 85072-2000

Número de fax: 1-855-633-7673

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono o a través de nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com.

Número telefónico para miembros de Oklahoma: (1-866-494-3927) (TTY: 711)

Quiénes pueden hacer una solicitud: La persona que emite la receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (por ejemplo, un familiar o un amigo) presente una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Póngase en contacto con nosotros para saber cómo designar a un representante.

Información del afiliado

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

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

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completo u otro documento equivalente por escrito). Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento recetado que solicita (incluya la concentración y la cantidad que se solicitan por mes, si conoce esta información):

Tipo de solicitud de determinación de

- Necesito un medicamento que no está en el listado de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario)*.
- He estado utilizando un medicamento que antes estaba incluido en el listado de medicamentos cubiertos del plan, pero se lo está por retirar o se lo retiró de ese listado durante el año del plan (excepción del formulario)*.
- Solicito autorización previa para el medicamento que me recetó la persona que emite mis recetas*.
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetaron (excepción del formulario)*.
- Solicito una excepción al límite que establece el plan para la cantidad de comprimidos (límite de cantidad) que puedo recibir, para poder obtener la cantidad de comprimidos que me recetaron (excepción del formulario)*.
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que me recetaron que el que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel)*.
- He estado utilizando un medicamento que antes estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero se está pasando o se pasó a un nivel de copago más alto (excepción de nivel)*.
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto de lo que debería haberme cobrado por un medicamento.
- Quiero recibir un reintegro por un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si está solicitando una excepción de formulario o nivel, la persona que emite su receta DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes sujetas a autorización previa (o a cualquier otro requisito de administración de uso) pueden requerir información de respaldo. La persona que emite su receta puede utilizar la “Información de respaldo para una solicitud de excepción o de autorización previa” para fundamentar su solicitud.**

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

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o la persona que emite su receta consideran que esperar 72 horas por una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad de recuperar sus funciones plenas, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que emite su receta indica que esperar 72 horas podría dañar gravemente su salud, automáticamente le informaremos nuestra decisión en el plazo de 24 horas. Si usted no obtiene el respaldo de la persona que emite su receta para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos está pidiendo el reembolso de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que emite su receta, adjúntela a esta solicitud).

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

Información de respaldo para una solicitud de excepción o de

Las solicitudes de EXCEPCIÓN DEL FORMULARIO y de NIVEL no pueden procesarse sin una declaración de respaldo de la persona que emite su 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 podría perjudicar gravemente la vida o la salud del afiliado, o su capacidad de recuperar sus funciones plenas.

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

Diagnóstico e información médica		
Medicación:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO	Duración prevista del tratamiento:	Cantidad para 30 días
Estatura y peso:	Alergias a medicamentos:	

DIAGNÓSTICO: indique todos los diagnósticos tratados con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. (Si la afección que se trata con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., indique el diagnóstico que causa los síntomas, si lo conoce)		Código(s) ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Código(s) ICD-10
HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de la(s) afección(es) que requiere(n) el medicamento solicitado)		
MEDICAMENTOS QUE SE PROBARON (si el límite de la cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/dosis diaria total que se probó)	FECHAS en las que se probaron los medicamentos	RESULTADOS de los medicamentos que se probaron, INEFICACIA o INTOLERANCIA (explique)
¿Cuál es el régimen de medicación actual del afiliado para la afección (o las afecciones) que requiere(n) el medicamento solicitado?		

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO		
¿Existe alguna CONTRAINDICACIÓN SEÑALADA POR LA FDA para el medicamento solicitado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Existe alguna preocupación por INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS por la adición del medicamento solicitado al régimen de medicación actual del afiliado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas anteriores es afirmativa, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios y los posibles riesgos a pesar de la preocupación señalada y 3) implemente un plan de seguimiento para garantizar la seguridad		
GESTIÓN DEL RIESGO ELEVADO DE LOS MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES		
Si la persona afiliada es mayor de 65 años, ¿considera 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: (responda las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)		
¿Cuál es la dosis equivalente de morfina diaria acumulativa (DEM)?	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	mg/día
¿Sabe si otras personas emiten recetas de opioides para este afiliado? En caso afirmativo, explique.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
La DEM diaria especificada, ¿es necesaria desde el punto de vista médico?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Una DEM diaria total más baja, ¿sería insuficiente para aliviar el dolor del afiliado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD		

Medicamentos alternativos contraindicados o probados anteriormente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso del tratamiento. [Especifique a continuación, en caso de no haberlo hecho en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS que aparece más arriba en el formulario: (1) medicamentos que se probaron y sus resultados; (2) en caso de haber tenido resultados adversos, indique los medicamentos y el resultado adverso de cada uno; (3) en caso de fracaso del tratamiento, especifique la dosis máxima y la duración del tratamiento para cada medicamento probado; (4) en caso de existir contraindicaciones, especifique las razones por las que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados].

El paciente está estable con la medicación actual; existe un riesgo alto de que se produzcan resultados clínicos adversos si se cambia la medicación. Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo previsto y de los motivos por los cuales podría esperarse un efecto adverso significativo. Por ejemplo, ha sido difícil controlar la afección (se probaron muchos medicamentos, se requieren muchos medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo resultados adversos significativos cuando la afección no se pudo controlar anteriormente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas frecuentes por causas graves, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación considerable del estado funcional, dolor y sufrimiento excesivos), etc.

Necesidad médica de una forma farmacéutica diferente o una dosis más alta. [Especifique a continuación: (1) formas farmacéuticas o dosis que se probaron y sus resultados; (2) explicación de los motivos médicos; (3) motivo por el cual una dosis 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, en caso de no haberlo hecho en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS que aparece más arriba en el formulario: (1) medicamentos preferidos o del formulario que se probaron y sus resultados; (2) en caso de haber tenido resultados adversos, indique los medicamentos y el resultado adverso de cada uno; (3) en caso de fracaso del tratamiento o de que no haya sido tan eficaz como el medicamento solicitado, especifique la dosis máxima y la duración del tratamiento para cada medicamento probado; (4) en caso de existir contraindicaciones, especifique las razones por las que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados].

Otro (explique a continuación)

Explicación requerida _____

Global Health Generations es un plan HMO/SNP suscrito por Global Health, Inc.

Aviso de confidencialidad: Esta comunicación es privilegiada y confidencial, o contiene información de salud protegida (protected health information, PHI) o información de salud protegida electrónicamente (electronic protected health information, ePHI), y puede estar sujeta a protección legal, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Esta comunicación está destinada al uso exclusivo de la persona o la entidad a quien va dirigida. Si usted no es el destinatario previsto, tenga en cuenta que cualquier uso, divulgación, distribución, copia o acción realizada basándose en el contenido de esta comunicación está estrictamente prohibido. Si ha recibido esta información por error, notifique al remitente de inmediato y coordine su devolución.

Anexo en múltiples idiomas

Servicios de interpretación en múltiples idiomas

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية **Árabe**: لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم (TTY:) línea gratuita) فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-280-5555 (711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-280-5555 (línea gratuita) (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。