

## SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Este formulario puede ser enviado por correo o fax:

Dirección:  
Departamento de Autorización Previa de Optum Rx  
Apartado Postal 2975  
Misión, KS 66201

Número de fax:  
1-844-403-1028

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-800-707-8194 o a través de nuestro sitio web en [www.optumrx.com](http://www.optumrx.com).

**Quién puede hacer una solicitud:** Su médico puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) haga una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Póngase en contacto 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               | ID de miembro del afiliado # |                     |

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace esta solicitud no es el afiliado o 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 las solicitudes hechas por alguien que no sea el afiliado o el prescriptor del afiliado:

**Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un equivalente 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):

### 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 anteriormente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se está eliminando o se eliminó de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).\*
- ☐ Solicito autorización previa para el medicamento que me ha recetado mi receta.\*
- ☐ Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó mi médico (excepción del formulario).\*
- ☐ Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad de píldoras que me recetó mi médico (excepción del formulario).\*
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que me recetó mi médico que el que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo copago (excepción de estratificación).\*
- ☐ He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero se está trasladando a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).\*
- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento de lo que debería haber hecho.
- ☐ Quiero que me reembolsen un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

**\*NOTA: Si está solicitando una excepción al formulario o a la clasificación por niveles, su médico DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de administración de utilización) pueden requerir información de respaldo. Su médico puede usar la "Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa" adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos tener en cuenta (*adjuntar los documentos acreditativos*):

### Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su médico creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico indica que esperar 72 horas podría dañar

seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el apoyo de su médico para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.

☐ **MÁRQUESE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS (si tenga una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud).**

|               |               |
|---------------|---------------|
| <b>Firma:</b> | <b>Fecha:</b> |
|---------------|---------------|

#### Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de FORMULARIO y EXCEPCIÓN DE TITULACIÓN no se pueden procesar sin la declaración de respaldo del prescriptor. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

☐ **SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que la aplicación del 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 prescriptor |        |               |
|-----------------------------|--------|---------------|
| Nombre                      |        |               |
| Dirección                   |        |               |
| Ciudad                      | Estado | Código postal |
| Teléfono de la oficina      |        | Fax           |
| Firma del prescriptor       |        | Fecha         |

| Diagnóstico e información médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Medicación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fuerza y vía de administración:  | Frecuencia:          |
| Fecha de inicio:<br><input type="checkbox"/> <b>NUEVO COMIENZO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Duración esperada de la terapia: | Cantidad por 30 días |
| Altura/Peso:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Alergias a medicamentos:         |                      |
| <b>DIAGNÓSTICO - Enumere todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes.</b><br>(Si la afección que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas si se conocen) |                                  | Código(s) CIE-10     |
| <b>Otros diagnósticos relevantes:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  | Código(s) CIE-10     |
| <b>HISTORIAL DE MEDICAMENTOS:</b> (para el tratamiento de la(s) condición(es) que requiere el                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                      |

| medicamento solicitado)                                                                                                   |                                              |                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DROGAS PROBADAS</b><br>(si el límite de cantidad es un problema, enumere la dosis unitaria/dosis diaria total probada) | <b>FECHAS de los ensayos de medicamentos</b> | <b>RESULTADOS de ensayos previos de medicamentos FRACASO vs INTOLERANCIA (explicar)</b> |
|                                                                                                                           |                                              |                                                                                         |
|                                                                                                                           |                                              |                                                                                         |
| <b>DROGAS PROBADAS</b><br>(si el límite de cantidad es un problema, enumere la dosis unitaria/dosis diaria total probada) | <b>FECHAS de los ensayos de medicamentos</b> | <b>RESULTADOS de ensayos previos de medicamentos FRACASO vs INTOLERANCIA (explicar)</b> |
|                                                                                                                           |                                              |                                                                                         |
|                                                                                                                           |                                              |                                                                                         |
| ¿Cuál es el régimen farmacológico actual del afiliado para la(s) afección(es) que requiere(n) el medicamento solicitado?  |                                              |                                                                                         |

| SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Alguna <b>contraindicación observada por la FDA</b> para el medicamento solicitado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                  |                             |                             |
| Cualquier preocupación por una <b>INTERACCIÓN CON UN MEDICAMENTO</b> con la adición del medicamento solicitado a la versión actual del afiliado. régimen farmacológico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO                                               |                             |                             |
| Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente es afirmativa, por favor 1) explique el problema, 2) discuta los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación señalada, y 3) plan de monitoreo para garantizar la seguridad |                             |                             |
| MANEJO DE ALTO RIESGO DE DROGAS EN ANCIANOS                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                             |
| Si el afiliado tiene más de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente de edad avanzada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO                                        |                             |                             |
| OPIOIDES – (por favor complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opiode)                                                                                                                                                                            |                             |                             |
| ¿Cuál es la dosis diaria acumulada de morfina equivalente (MED)?                                                                                                                                                                                                              |                             | mg/día                      |
| ¿ Conoce a otros médicos que receten opioides para este afiliado? En caso afirmativo, sírvanse dar una xplicación.                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Es médicamente necesaria la dosis diaria de MED indicada?                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿ Una dosis diaria total más baja de MED sería insuficiente para controlar el dolor del afiliado?                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                             |

☐ **Alternate drug(s) contraindicated or previously tried, but with adverse outcome, e.g. toxicity, allergy, or therapeutic failure** [Specify below if not already noted in the DRUG HISTORY section earlier on the form: (1) Drug(s) tried and results of drug trial(s) (2) if adverse outcome, list drug(s) and adverse outcome for each, (3) if therapeutic failure, list maximum dose and length of therapy for drug(s) trialed, (4) if contraindication(s), please list specific reason why preferred drug(s)/other formulary drug(s) are contraindicated]

☐ **El paciente está estable con los fármacos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con el cambio de medicación Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría un resultado adverso significativo, por ejemplo, la afección ha sido difícil de controlar** (muchos fármacos probados, se requieren múltiples fármacos 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 una forma de dosificación diferente y/o una dosis más alta** [Especifique a continuación: (1) Forma(s) de dosificación y/o dosis(s) probada(s) y resultado de los ensayos de medicamentos; (2) explique la razón médica (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 al nivel del formulario Especifique a continuación, si no se anotó en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anteriormente** en el formulario: (1) formulario o medicamentos preferidos probados y resultados de los ensayos de medicamentos (2) si tiene un resultado adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso de cada uno, (3) si el fracaso terapéutico o no es tan efectivo como el medicamento solicitado, enumere la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados, (4) En caso de contraindicación(es), indique la razón específica por la que los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados]

☐ **Otros** (explique a continuación)

**Explicación requerida** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_