

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS**

Nos debe hacer llegar este formulario por correo o por fax:

Dirección:

Elixir c/o Texas Independence Health Plan (HMO I-SNP)

ATTN: Clinical Services

7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720

Número de fax:

877-503-7231

También puede pedirnos por teléfono la determinación de cobertura. Para hacerlo, comuníquese al 866-213-1594 o a través del sitio web [www.txindependencehealthplan.com](http://www.txindependencehealthplan.com).

**Quiénes pueden presentar una solicitud:** El profesional que emite la receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o amigo) haga solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para conocer de qué manera puede nombrar a un representante.

**Información del afiliado**

Nombre del afiliado		Fecha de nacimiento
Dirección del afiliado		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	N.º de ID del miembro afiliado	

**Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado o el profesional que emite la receta:**

Nombre del solicitante		
Relación del solicitante con el afiliado		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

**Documentación de representación para solicitudes presentadas por un tercero distinto del afiliado o por el profesional que emite la receta:**

**Adjunte la documentación que manifiesta la autorización para representar al afiliado (un formulario de autorización de representación CMS-1696 o un documento escrito equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.**

**Nombre del medicamento recetado que solicita** (si la conoce, incluya la concentración y la cantidad solicitada por mes):

## Solicitud de determinación del tipo de

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario)\*.
- Llevo tiempo usando un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero está a punto de ser eliminado o ya se eliminó de la lista durante este año del plan (excepción del formulario).\*
- Pido autorización previa para el medicamento que el profesional que emite la receta ha indicado.\*
- Solicito una excepción del requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que indica el profesional que emite la receta (excepción del formulario).\*
- Solicito una excepción de los límites del plan respecto de la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir, para poder recibir la cantidad de píldoras que el profesional me receta (excepción del formulario).\*
- Mi plan de medicamentos tiene un copago más costoso para el medicamento que el profesional me receta, a diferencia de lo que este cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago de menor valor (excepción de nivel).\*
- Llevo tiempo usando un medicamento que antes estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero será movido o ya se movió a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).\*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago de mayor valor al debido por un medicamento.
- Deseo recibir el reembolso de un medicamento recetado cubierto por el que pagué de mi bolsillo.

**\*NOTA: Si está solicitando una excepción de formulario o de nivel, el profesional que emite la receta DEBE declarar su apoyo a esta solicitud. Las solicitudes que deban someterse a una autorización previa (o cualquier otro requisito de gestión de uso) quizás necesiten de información de respaldo. El profesional que emite la receta podrá usar el documento "Información de respaldo para solicitar una excepción o autorización previa" para respaldar la solicitud.**

Información adicional que debemos tener en cuenta (*adjunte cualquier documento que respalde la solicitud*):

---

---

---

---

### Nota importante: Decisiones rápidas

Si usted o el profesional que emite la receta consideran que esperar 72 horas el resultado de una decisión habitual podría poner en peligro su vida, su salud o su probabilidad de recuperar el máximo de sus funciones, puede solicitar una decisión rápida (expeditiva). Si el profesional que emite la receta indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente tendremos lista una decisión en el plazo de 24 horas. Si usted no puede obtener el apoyo del profesional que emite la receta para conseguir una solicitud rápida, nosotros decidiremos si su caso precisa de esa clase de decisión. No puede pedir una determinación de cobertura rápida si nos pide que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA RECIBIR UNA DECISIÓN EN EL PLAZO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de parte del profesional que emite la receta, adjúntela a la solicitud).**

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

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

Las solicitudes de excepción del FORMULARIO y de NIVEL no pueden ser procesadas sin la declaración de respaldo del profesional que emite la receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden exigir información de respaldo.

**SOLICITUD DE REVISIÓN RÁPIDA:** Al marcar esta casilla y firmar más abajo, certifico que aplicar el plazo de revisión estándar, de 72 horas, podría poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones.

Información del profesional que emite la receta		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio	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"/> <b>NUEVO INICIO</b>	Duración prevista del tratamiento:	Cantidad para 30 días
Estatura y peso:	Alergias a medicamentos:	
<b>DIAGNÓSTICO: Enumere todos los diagnósticos que estén siendo tratados con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes.</b> <small>(Si la condición que está siendo tratada con el medicamento solicitado es un síntoma, como por ejemplo anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor de pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si lo conoce)</small>		Códigos ICD-10
<b>Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:</b>		Códigos de ICD-10

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las condiciones para las que se requiere el medicamento solicitado)		
<b>MEDICAMENTOS QUE SE HAN UTILIZADO</b> <small>(si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/el total de la dosis utilizada por día)</small>	<b>FECHAS de ensayos de medicamentos</b>	<b>RESULTADOS de ensayos previos de medicamentos</b> <b>FALTA DE ACCIÓN TERAPÉUTICA CONTRA INTOLERANCIA (brinde una explicación)</b>

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del afiliado para las condiciones que requieren el medicamento recetado?

**SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS**

¿Existe alguna **CONTRAINDICACIÓN INDICADA POR LA FDA** para el medicamento solicitado?  SÍ  NO

¿Existe alguna inquietud acerca de que pueda producirse una **INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA** tras la adición del 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) describa los beneficios versus los riesgos potenciales más allá de la inquietud manifestada, y 3) tenga un plan de supervisión para garantizar la seguridad

**ADMINISTRACIÓN DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES**

Si el afiliado tiene más de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales para este paciente adulto mayor?  SÍ  NO

**OPIOIDES – (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)**

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

¿Conoce a otros profesionales que le receten opioides a este(a) afiliado(a)? Si es así, explique.  SÍ  NO

¿Es la dosis acumulativa diaria equivalente a morfina (MED) indicada médicamente necesaria?  SÍ  NO

¿Sería una dosis diaria total de MED más baja insuficiente para controlar el dolor del(de la) afiliado(a)?  SÍ  NO

**JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD**

**Medicamentos alternativos contraindicados o utilizados anteriormente, pero con resultados adversos, p. ej.: toxicidad, alergia, o falta de efecto terapéutico** [especifique a continuación si no se ha indicado anteriormente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS ubicada al comienzo del formulario: (1) Medicamentos utilizados y resultados de los ensayos de medicamentos (2) si se produjeron resultados adversos, indique los medicamentos y los resultados adversos para cada uno de ellos, (3) si los medicamentos no tuvieron efecto terapéutico, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos utilizados, (4) si hay contraindicaciones, indique el motivo específico del por qué los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados]

**El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; existe un alto riesgo de presentar resultados clínicos adversos si se introduce un cambio en la medicación** Se requiere que brinde una explicación específica sobre cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría un resultado adverso significativo, como por ejemplo: la condición ha sido difícil de controlar (se utilizaron muchos medicamentos, se requieren múltiples medicamentos para controlar la condición), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la condición no se controló previamente (p. ej.: hospitalización o visitas médicas frecuentes a cuidados agudos, ataque cardíaco, derrame cerebral, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor excesivo y sufrimiento), etc.

**Necesidad médica de una forma de administración diferente o de un aumento o una disminución de la dosis** [Especifique a continuación: (1) Formas de administración y/o dosis utilizadas, y el resultado de los ensayos de medicamentos (2) explique el motivo médico (3) indique por qué una dosis administrada con una menor frecuencia pero con una mayor concentración no es una opción, si existe una concentración mayor]

**Solicitud de excepción de nivel de formulario** Indique a continuación si no se indicó anteriormente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS ubicada al comienzo del formulario: (1) medicamentos del formulario o preferidos utilizados y resultados de los ensayos de medicamentos, (2) si se produjeron resultados adversos, indique los medicamentos y los resultados adversos para cada uno de ellos, (3) si los medicamentos no tuvieron efecto terapéutico, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos utilizados, (4) si hay contraindicaciones, indique el motivo específico del por qué los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados]

**Otros** (explique a continuación)

**Explicación requerida** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---