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 1-800-431-9007 (TTY: 711) o a través de nuestro sitio web, wellcare.healthnetcalifornia.com. Del 1.° de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1.° 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 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 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: ☐ **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 médicamente 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)

_____
_____
_____
_____
_____