



## DualChoice

### SOLICITUD PARA LA DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

**Utilice este formulario para solicitarle a nuestro plan una determinación de cobertura.**

También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono al 1-800-788-2949, los usuarios de TTY deben llamar al 711, o visite el sitio web:

<https://mp.medimpact.com/partdcoveragedetermination>. Usted, su médico o profesional que emite la receta médica, o su representante autorizado pueden realizar esta solicitud.

#### Afiliado al plan

Nombre	Fecha de nacimiento
Domicilio	Ciudad
Estado	Código postal
Por teléfono	Número de Identificación para Miembros

**Si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado al plan o el profesional que emite la receta médica:**

Nombre del solicitante
Relación con el afiliado al plan
Domicilio (incluya ciudad, estado y código postal)
Por teléfono

- Envíe la documentación con este formulario que demuestre su autoridad para representar al afiliado (un formulario de Autorización de Representación CMS-1696 lleno o su equivalente). Para obtener más información sobre la designación de un representante, contacte a 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 mayor del que correspondía por un medicamento
- Quiero que me reembolsen el costo del medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo
- Estoy solicitando una autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información de respaldo)

**Para los tipos de solicitudes que se indican a continuación, su profesional que emite la receta médica DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud.** Su profesional que emite la receta médica puede llenar 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 a la lista de medicamentos cubiertos)
- He estado usando un medicamento que estaba en la lista de medicamentos cubiertos del plan anteriormente, pero fue eliminado o será eliminado durante el año del plan (excepción a la lista de medicamentos cubiertos)
- Estoy solicitando una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener un medicamento recetado (excepción a la lista de medicamentos cubiertos)
- Estoy solicitando una excepción al límite en el número de pastillas del plan (límite de cantidad) que puedo obtener para que pueda conseguir el número de pastillas que recetó el profesional que emite la receta médica (excepción a la lista de medicamentos cubiertos)
- Estoy solicitando una excepción a las reglas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de obtener un medicamento recetado (excepción a la lista de medicamentos cubiertos).
- Mi plan de medicamentos cobra un copago mayor por un medicamento recetado que lo que cobra por otro medicamento que trata mi enfermedad, y quiero pagar el copago más bajo (excepción al nivel)
- He estado usando un medicamento que antes estaba en un nivel de copago más bajo, pero ha sido o será cambiado a un nivel de copago más alto (excepción al nivel)

Información adicional que debemos considerar (*envíe cualquier documento de respaldo con este formulario*):

---

---

---

---

### ¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o su profesional que emite la receta médica consideran que esperar 72 horas por una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar el nivel máximo de sus funciones, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su profesional que emite la receta médica indica que esperar 72 horas podría dañar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión en un lapso de 24 horas. Si no obtiene el respaldo de su profesional que emite la receta médica para obtener una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión acelerada si nos solicita que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya recibió).

**SÍ, necesito una decisión en 24 horas.** Si tiene una declaración de respaldo del profesional que emite la receta médica, adjúntela a esta solicitud.

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

### Cómo enviar este formulario

Envíe este formulario y cualquier información de respaldo por correo o fax:

Domicilio:  
IEHP DualChoice (HMO D-SNP)  
10181 Scripps Gateway Court  
San Diego, CA 92131

Número de Fax:  
858-790-7100

### Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa Para ser completado por el profesional que emite la receta médica

**SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA:** Al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que aplicar el plazo de 72 horas para la revisión estándar puede poner en grave peligro la vida o la salud del miembro o la habilidad del miembro para recuperar el nivel máximo de sus funciones.

### Información sobre el profesional que emite la receta médica

Nombre	
Domicilio (incluya ciudad, estado y código postal)	
Teléfono de la oficina	
Fax	
Firma	Fecha

## Diagnóstico e información médica

Medicamentos:	Concentración y vía de administración:	
Frecuencia:	Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> <b>NUEVO INICIO</b>	
Duración esperada de la terapia:	Cantidad por 30 días:	
Estatura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
<b>DIAGNÓSTICO – Indique todos los diagnósticos que se tratan con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes.</b> (Si la condición 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 el síntoma o los síntomas si se conoce)		Código(s) ICD-10
<b>Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:</b>		Código(s) ICD-10

## HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de la(s) afección(es) que requiere(n) el medicamento solicitado)

<b>MEDICAMENTOS PROBADOS</b> (si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/dosis diaria total probada)	<b>FECHAS de los ensayos de los medicamentos</b>	<b>RESULTADOS de ensayos previos de medicamentos</b> <b>INSUFICIENCIA vs. INTOLERANCIA</b> <b>(explicar)</b>
¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del afiliado para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?		

### SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿Existe alguna **CONTRAINDICACIÓN OBSERVADA** por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) de los Estados Unidos para el medicamento solicitado?  **SÍ**  **NO**

¿Existe alguna preocupación sobre una **INTERACCIÓN CON MEDICAMENTOS** al agregar el medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del afiliado?  **SÍ**  **NO**

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es sí, por favor, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación señalada y 3) elabore un plan de control para garantizar la seguridad

### **GESTIÓN DE RIESGO MAYOR DE MEDICAMENTOS EN ANCIANOS**

Si el paciente 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 cuatro preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)**

¿Cuál es la dosis equivalente de morfina acumulada diaria? (MED)? mg/día

¿Conoce otros profesionales que emiten la receta médica de opioides para este afiliado?  **SÍ**  **NO** Si es así, por favor, explique.

¿La dosis diaria MED indicada se considera médicamente necesaria?  **SÍ**  **NO**

¿Sería insuficiente una dosis MED total diaria más baja para controlar el dolor del paciente?  **SÍ**  **NO**

### **RAZONES PARA LA SOLICITUD**

**Medicamentos alternativos probados previamente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o insuficiencia terapéutica.** [Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) Medicamentos probados y resultados de los ensayos de medicamentos (2) si hubo resultados adversos, indique los medicamentos y los resultados adversos de cada uno, (3) si hubo insuficiencia terapéutica, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados]

**Medicamentos alternativos contraindicados, que no serían tan eficaces o que tendrían probabilidades de causar resultados adversos.** Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan efectivos o se anticiparía un resultado clínico adverso significativo y por qué se esperaría este resultado. Si hay alguna contraindicación, indique el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos (u otros medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos) están contraindicados.

**El paciente sufriría efectos desfavorables si se le exigiera satisfacer el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo previsto y por qué se esperaría dicho resultado.

**El paciente está estable con los medicamentos actuales; riesgo mayor de resultado clínico adverso significativo con el cambio de medicación** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo previsto y por qué se esperaría este resultado, por ejemplo, la afección ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se requirieron múltiples medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no estaba controlada previamente (por ejemplo, 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) probadas y resultado de los

ensayos con medicamentos; (2) explique el motivo médico (3) incluya por qué una dosificación menos frecuente con una concentración mayor no es una opción, si existe una concentración mayor]

**Solicitud de excepción de nivel de lista de medicamentos cubiertos** Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) medicamento(s) de la lista de medicamentos cubiertos o preferido(s) probado(s) y resultados de los ensayos de medicamentos (2) si el resultado es adverso, indique el (los) medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno, (3) si hay insuficiencia terapéutica/falta de eficacia en comparación con el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para el (los) medicamento(s) probado(s), (4) si hay contraindicaciones, indique el motivo específico por el cual el (los) medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) de la lista de medicamentos cubiertos están contraindicados]

**Otra** (explique a continuación)

---

---

---

---

*IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.*