



SOLICITUD PARA UNA DETERMINACIÓN DE CUBIERTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo postal o fax:

Dirección Postal:
MMM Healthcare, LLC
Departamento de Servicios de Farmacia
P.O. Box 71114
San Juan, PR 00936-8014

Número de Fax:
787-300-5503

También puede solicitarnos una determinación de cubierta por teléfono al: 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos) o 1-866-333-5469 (TTY), de lunes a domingo, de 8:00 AM a 8:00 PM, o por correo electrónico a: mmm@mmmhc.com

Quién Puede Hacer una Solicitud: El médico que le receta puede solicitarnos una determinación de cubierta por usted. Si desea que alguna otra persona (como un familiar o amigo) haga una solicitud por usted, esta persona tiene que ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar a su representante.

Información del Afiliado

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Número ID Afiliado _____

Llene la siguiente sección SOLO si la persona que está haciendo la solicitud no es el afiliado o el médico que le receta:

Nombre del Solicitante _____

Relación del Solicitante con el Afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes hechas por alguien más que no sea el afiliado o el médico que le receta:

Adjunte documentación que demuestre que está autorizado(a) para representar al/la afiliado/a (una Solicitud de Autorización de Representación CMS-1696 llena o su equivalente por escrito). Para más información sobre cómo nombrar a un representante, llame a MMM Healthcare, LLC o al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento recetado que está solicitando (si lo sabe, incluya potencia y cantidad solicitada por mes):

Tipo de Solicitud de Determinación de Cubierta

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).*
- He estado utilizando un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que será eliminado o fue eliminado de esta lista durante el año de cubierta (excepción al formulario).*
- Solicito una preautorización para el medicamento que mi médico a recetado.*
- Solicito una excepción al requisito de utilizar otro medicamento antes de obtener el medicamento que mi médico ha recetado (excepción al formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan para la cantidad de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir de modo que pueda obtener la cantidad de pastillas que mi médico recetó (excepción al formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que mi médico recetó que lo que cobra por otro medicamento para tratar mi condición y deseo pagar el copago más bajo (excepción de nivel de copago).*
- He estado utilizando un medicamento que antes estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero que se cambiará o se cambió a un nivel de copago más alto (excepción de nivel de copago).*
- Mi plan de medicamentos cobró un copago mayor de lo que debió por un medicamento.
- Solicito se me reembolse por un medicamento cubierto el cual pagué con mi dinero.

***NOTA: Si está solicitando una excepción al formulario o al nivel de copago, el médico que le receta TIENE que proporcionar una justificación en apoyo de su solicitud. Las solicitudes que estén sujetas a preautorización (o cualquier otro requisito de manejo de utilización), podrían requerir una justificación. Su médico que le receta puede utilizar la "Justificación para una Solicitud de Excepción o de Preautorización" adjunta para apoyar su solicitud.**

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

Nota Importante: Decisiones Expeditas

Si usted o su médico que le receta entienden que esperar 72 horas por una decisión estándar podría seriamente afectar su vida, salud, o habilidad para recuperar sus funciones al máximo, puede solicitarnos una decisión expedita (rápida). Si su médico que le receta indica que esperar 72 horas podría seriamente afectar su salud, automáticamente le daremos una decisión en 24 horas. Si no obtiene el apoyo para una solicitud expedita por parte del médico que le receta, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cubierta expedita si nos está solicitando un reembolso por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTE ENCASILLADO SI ENTIENDE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN 24 HORAS (si tiene una justificación de apoyo por parte del médico que le receta, adjúntela a esta solicitud).

Firma: _____ Fecha: _____

Justificación para una Solicitud de Excepción o de Preautorización

Solicitudes de EXCEPCIÓN AL FORMULARIO y DE NIVEL DE COPAGO no pueden ser procesadas sin una justificación por parte del médico que le receta. Las solicitudes de PREAUTORIZACIÓN podrían requerir justificación.

SOLICITUD PARA EVALUACIÓN EXPEDITA: Al marcar este encasillado y firmar abajo, certifico que si se aplica el periodo estándar de evaluación de 72 horas se podría poner en riesgo la vida o salud del afiliado o su habilidad para recuperar sus funciones al máximo.

Información del Médico que le Receta		
Nombre _____		
Dirección _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
Teléfono Oficina _____		Fax _____
Firma del médico que le receta _____		Fecha _____

Diagnóstico e Información Médica		
---	--	--

Medicamento:	Potencia y Modo de Administración:	Frecuencia:
Fecha de Inicio de Terapia: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO	Duración Prevista de la Terapia:	Cantidad para 30 días:
Estatura/Peso:	Alergias a Medicamentos:	

DIAGNÓSTICO – Por favor incluya todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los correspondientes códigos ICD-10. (Si la condición que está siendo tratada con el medicamento solicitado es un síntoma, por ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náusea, etc., provea el diagnóstico que causa el/los síntoma/s, si lo sabe.)	Código(s) ICD-10
---	------------------

Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:	Código(s) ICD-10
--------------------------------	------------------

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de la(s) condición(es) que requieren el medicamento solicitado)		
--	--	--

MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un inconveniente, incluya la unidad de dosificación/dosis diaria total probada)	FECHAS de las Pruebas de Medicamentos	RESULTADOS de pruebas anteriores de medicamentos FALLO vs INTOLERANCIA (explique)

¿Cuál es el presente tratamiento farmacológico del afiliado para la(s) condición(es) que requieren el medicamento solicitado?

MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un inconveniente, incluya la unidad de dosificación/dosis diaria total probada)	FECHAS de las Pruebas de Medicamentos	RESULTADOS de pruebas anteriores de medicamentos FALLO vs INTOLERANCIA (explique)

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS	
¿Hay alguna CONTRAINDICACIÓN SEÑALADA POR LA FDA para el medicamento solicitado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Hay alguna inquietud relacionada con INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA como resultado de la inclusión del medicamento solicitado al presente régimen de medicamentos del afiliado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es sí, favor de: 1) explicar el problema, 2) explicar los beneficios vs los riesgos potenciales a pesar de las inquietudes mencionadas, y 3) plan de monitoreo para asegurar seguridad en su uso	
EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA	
Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado sobrepasan los riesgos potenciales para este paciente de edad avanzada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
OPIÁCEOS – (favor de llenar la sección a continuación si el medicamento solicitado es un opiáceo)	
¿Cuál es la Dosis Equivalente de Morfina (MED , por sus siglas en inglés) acumulativa diaria?	<input type="text"/> mg/día
¿Tiene conocimiento de algún otro médico que recete opiáceos para este afiliado? De ser así, por favor explique.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿La MED diaria indicada es médicamente necesaria?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Una MED diaria más baja sería insuficiente para controlar el dolor de este afiliado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
JUSTIFICACIÓN PARA LA SOLICITUD	
<input type="checkbox"/> Medicamento(s) alterno(s) está(n) contraindicado(s) o fue(ron) probado(s) anteriormente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o fallo terapéutico [Especifique abajo si no se mencionó en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS que aparece anteriormente en el formulario: (1) Medicamento(s) probado(s) y resultado(s) de dicha(s) prueba(s), (2) si el(los) resultado(s) fue(ron) adverso(s), mencione el(los) medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno, (3) si fue fallo terapéutico, mencione la(s) dosis máxima(s) y el periodo de duración del tratamiento para el(los) medicamento(s) tratado(s), (4) si fue contraindicación(es), indique la razón específica por la que medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) en el formulario están contraindicados]	
<input type="checkbox"/> Paciente está estable con su(s) medicamento(s) presentes; alto riesgo de resultados clínicos adversos con cambio de medicamento Una explicación específica de cualquier resultado clínico significativamente adverso anticipado y explique la razón por la que puede esperarse un resultado clínico significativamente adverso — por ejemplo, la condición ha sido difícil de controlar (se probaron varios medicamentos, se requirieron múltiples medicamentos para controlar la condición), el paciente experimentó un resultado adverso significativo cuando la condición no estuvo bajo control anteriormente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, derrame cerebral, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor o sufrimiento innecesario), etc.	
<input type="checkbox"/> Necesidad médica de un medio de dosificación diferente y/o dosis más alta [Especifique abajo: (1) Medio(s) de dosificación y/o la(s) dosis tratada(s) y resultados de prueba(s) de medicamento(s), (2) explique la razón médica, (3) incluya el por qué una dosificación menos frecuente con una potencia más alta no es una opción — de existir una potencia más alta]	
<input type="checkbox"/> Solicitud para excepción al formulario y/o de nivel de copago [Especifique abajo si no se mencionó en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS que aparece anteriormente en el formulario: (1) medicamento(s) en formulario o preferido(s) probado(s) y resultado(s) de la(s) prueba(s), (2) si el(los) resultado(s) fue(ron) adverso(s), mencione el(los) medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno, (3) si fue fallo terapéutico, mencione la(s) dosis máxima(s) y el periodo de duración del tratamiento para el(los) medicamento(s) tratado(s), (4) si fue contraindicación(es), indique la razón específica por la que medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) en el formulario están contraindicados]	
<input type="checkbox"/> Otro (explique abajo)	
Explicación requerida:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	