



IMPERIAL INSURANCE COMPANIES

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE
MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Puede enviarnos el presente formulario por correo o fax:

Dirección: Elixir
Attn: Clinical Services
7835 Freedom Avenue NW North
Canton, OH 44720

Número de fax:
1-877-503-7231

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono llamando al 1-833-667-3497 o a través del sitio web www.imperialhealthplan.com.

Quién puede hacer una solicitud: la persona que emite su receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (tal como un miembro de la familia o amigo) haga una solicitud por usted, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre la manera de nombrar a un representante.

Información de la persona inscrita

Nombre de la persona inscrita		Fecha de nacimiento
Dirección de la persona inscrita		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	No. de identificación de miembro de la persona inscrita	

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es la persona inscrita o la persona que emite la receta:

Nombre del solicitante		
Relación del solicitante con la persona inscrita		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

Documentación de representación para solicitudes realizadas por una persona que no sea ni la persona inscrita ni la persona que emite la receta de la persona inscrita:

Adjunte la documentación que pruebe la capacidad de representar a la persona inscrita (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 lleno o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre la manera de nombrar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.



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

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).*
- He estado tomando un medicamento que se encontraba anteriormente incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero está siendo retirado o ya fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).*
- Solicito una autorización previa para el medicamento que la persona que emite mi receta ha recetado.*
- Solicito una excepción al requerimiento de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que la persona que emite mi receta recetó (excepción al formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan en lo concerniente al número de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir de manera que pueda recibir el número de pastillas que la persona que emite mi receta recetó (excepción al formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago mayor por el medicamento que la persona que emite mi receta recetó, que el copago que cobra por otro medicamento que trata mi afección y yo quiero pagar el copago menor (excepción al nivel de cobertura).*
- He estado utilizando un medicamento que se encontraba anteriormente incluido en un nivel de copago menor, pero está siendo trasladado o ya ha sido trasladado a un nivel de copago mayor (excepción al nivel de cobertura).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago mayor por un medicamento, que el copago que debería ser.
- Quiero que me reembolsen un medicamento recetado cubierto que pagué como gasto de bolsillo.

*** NOTA: si usted está solicitando una excepción al formulario o una excepción al nivel de cobertura, la persona que emite su receta DEBE proporcionar una declaración en la que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a una autorización previa (o cualquier otro requerimiento de gestión de uso) pueden requerir información de respaldo. La persona que emite su receta puede utilizar la “información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa” adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos tomar en consideración (*adjunte los documentos de respaldo*):

**Nota importante: decisiones aceleradas**

Si usted o la persona que emite su receta cree que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar seriamente su vida, su salud o su capacidad para recuperar al máximo sus funciones, usted puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que emite su receta indica que esperar 72 horas podría perjudicar seriamente su salud, le proporcionaremos automáticamente una decisión dentro de un período de 24 horas. Si no obtiene el apoyo de la persona que emite su receta para realizar una solicitud acelerada, determinaremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos está solicitando que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya recibió.

- MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE UN PERÍODO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que emite su receta, adjúntela a esta solicitud).**

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

Información comprobatoria para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL FORMULARIO y EXCEPCIÓN AL NIVEL DE COBERTURA no pueden procesarse sin una declaración de respaldo de una persona que emite recetas. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden necesitar información de respaldo.

- SOLICITUD DE UNA REVISIÓN ACELERADA: al seleccionar esta casilla y firmar a continuación, certifico que la aplicación del tiempo de revisión estándar de 72 horas puede perjudicar seriamente la vida, la salud o la capacidad de la persona inscrita de recuperar al máximo sus funciones.**

Información de la persona que emite la receta		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del trabajo		Fax
Firma de la persona que emite la receta		Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Potencia y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO	Duración esperada de la terapia:	Cantidad por cada 30 días
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:	



DIAGNÓSTICO – Por favor, mencione todos los diagnósticos que están siendo tratados con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. (Si la afección 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 el/los síntoma(s), si lo supiera.)	Código(s) ICD-10
--	-------------------------

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

HISTORIA DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de la(s) afección(es) que necesitan el medicamento solicitado)		
MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un problema, mencione la dosis unitaria/dosis diaria total probada)	FECHAS de las pruebas de medicamentos	RESULTADOS de pruebas de medicamentos anteriores FRACASO vs. INTOLERANCIA (explique)

¿Cuál es el régimen de medicamentos actual de la persona inscrita para la(s) afección(es) que necesita(n) el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS
¿Tiene el medicamento solicitado alguna CONTRAINDICACIÓN ESPECIFICADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FDA, por sus siglas en inglés) ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Hay alguna preocupación de INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA si se añade el medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual de la persona inscrita? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es sí, por favor, 1) explique el problema, 2) discuta los beneficios vs. posibles riesgos pese a la inquietud mencionada y 3) monitoree el plan para garantizar la seguridad.

GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD		
Si la persona inscrita tiene más de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado contrarrestan a los posibles riesgos en este paciente de la tercera edad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
OPIOIDES – (por favor, complete las siguientes pregunta si el medicamento solicitados es un opiode)		
¿Qué es la dosis equivalente de morfina (MED, por sus siglas en inglés) acumulada diaria?		mg/día
¿Conoce a alguna otra persona que receta opioides a esta persona inscrita? Si es así, por favor, explique.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿La dosis MED diaria mencionada es indicada por ser médicamente necesaria?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Una dosis MED diaria total menor sería insuficiente para controlar el dolor de la persona inscrita?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO



FUNDAMENTOS DE LA SOLICITUD

Medicamento(s) alternativo(s) contraindicados o previamente probados, pero con resultados adversos como, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico

[especifique a continuación si no se ha mencionado en la sección de HISTORIA DE MEDICAMENTOS expuesta anteriormente en el formulario: (1) El/Los medicamento(s) probado(s) y los resultados de la(s) prueba(s) de medicamentos; (2) si el resultado es adverso, mencione el/los medicamento(s) y el resultado adverso de cada uno; (3) si se produce un fracaso terapéutico, mencione la dosis máxima y duración de la terapia para el/los medicamento(s) probado(s); (4) si hay contraindicaciones, por favor, mencione la razón específica por la que el/los medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del formulario están contraindicados.]

El paciente está estable con su(s) medicamento(s) actuales; riesgo elevado de resultados clínicos adversos importantes con el cambio de medicamentos. Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso importante que se haya anticipado y del motivo por el que se esperaría un resultado adverso importante – por ejemplo, la afección ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos han sido probados, se necesita múltiples medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso importante cuando la afección no fue controlada previamente (por ejemplo, hospitalización o consultas médicas por situaciones agudas frecuentes, ataque cardíaco, infarto cerebral, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

Necesidad médica de una forma de dosificación diferente y/o dosis mayor [Especifique a continuación: (1) La(s) forma(s) de dosificación y/o la(s) dosis probada(s) y el resultado de la(s) prueba(s) de medicamentos; (2) explique la razón médica; (3) incluya el motivo por el que no es una opción brindar una dosis menos frecuente con una potencia mayor – si existe una potencia mayor]

Solicitud de una excepción al formulario o excepción al nivel de cobertura especifique a continuación si no se ha mencionado en la sección de HISTORIA DE MEDICAMENTOS expuesta anteriormente en el formulario: (1) el/los medicamento(s) del formulario o preferido(s) probado(s) y los resultados de la(s) prueba(s) de medicamentos; (2) si el resultado es adverso, mencione el/los medicamento(s) y el resultado adverso de cada uno; (3) si se produce un fracaso terapéutico/si no es tan eficaz como el medicamento solicitado, mencione la dosis máxima y duración de la terapia para el/los medicamento(s) probado(s); (4) si hay contraindicaciones, por favor, mencione la razón específica por la que el/los medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del formulario están contraindicados.]

Otros (explique a continuación)

Explicación solicitada _____

