



SOLICITUD DE 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 **1-877-813-5595** o a través de nuestro sitio web en **Cigna.com/Medicare**. Usted, su médico o médico prescriptor, o su representante autorizado pueden realizar esta solicitud.

Afiliado al Plan

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad
Estado	CÓDIGO POSTAL
Teléfono	N.º de identificación de miembro

Si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado al plan o el médico prescriptor:

Nombre del solicitante
Relación con el afiliado al plan
Dirección (incluya Ciudad, Estado y Código Postal)
Teléfono
<input type="checkbox"/> Presente documentación junto con este formulario que acredite la facultad de representar al afiliado (un Form CMS-1696 de Autorización de Representación completo o un documento equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar 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 sobre el que se trata 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 de lo que debería por un medicamento

- Deseo recibir un reembolso por un medicamento cubierto que ya pagué directamente de mi bolsillo
- Solicito autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información de respaldo)

Para los tipos de solicitudes listados a continuación, su médico prescriptor DEBE presentar una declaración que respalde la solicitud. Su médico prescriptor 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 antes estaba en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero fue eliminado o será eliminado durante el año del plan (excepción al formulario)
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener un medicamento recetado (excepción al formulario)
- Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de píldoras (límite en la 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 deben cumplirse antes de obtener un medicamento recetado (excepción al formulario).
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por un medicamento recetado que lo que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel)
- He estado usando un medicamento que antes estaba en un nivel de copago más bajo, pero que ha sido o será trasladado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel)

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

¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o su médico prescriptor consideran que esperar 72 horas por una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, su salud o su capacidad de recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico prescriptor indica que esperar 72 horas podría dañar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 24 horas. Si no obtiene el respaldo de su médico prescriptor para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión acelerada si nos está pidiendo el reembolso por un medicamento que ya recibió).

- SÍ, necesito una decisión en un plazo de 24 horas.** Si cuenta con una declaración de respaldo de su médico prescriptor, adjúntela a esta solicitud.

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

Cómo enviar este formulario

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

Dirección:
Cigna Healthcare
Attn: Medicare Reviews
P.O. Box 66571
St. Louis, MO 63166-6571

Número de Fax:
1-866-845-7267

Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa El médico prescriptor debe completar esta sección
--

SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas puede poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o la capacidad del afiliado para recuperar el máximo de sus funciones.

Información del Médico Prescriptor

Nombre	
Dirección (incluya Ciudad, Estado y Código Postal)	
Teléfono del consultorio	
Fax	
Firma	Fecha

Diagnóstico e Información Médica

Medicamento:	Concentración y vía de administración:
Frecuencia:	Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO COMIENZO
Duración esperada del tratamiento:	Cantidad por 30 días:
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:

DIAGNÓSTICO: Enumere todos los diagnósticos que se tratan con el medicamento solicitado y los códigos de la décima edición de la clasificación internacional de enfermedades (ICD-10) correspondientes (Si la afección que se trata con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor de pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si lo conoce)	Códigos ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:	Códigos ICD-10

ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las afecciones que requieren el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite en la cantidad es un problema, enumere la dosis individual/la dosis diaria total probada)	FECHAS de las Pruebas de Medicamentos	RESULTADOS de pruebas previas de medicamentos INEFICACIA o INTOLERANCIA (explicar)

¿Cuál es el tratamiento farmacológico actual del afiliado para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS
¿Existe alguna CONTRAINDICACIÓN INDICADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FDA) para el medicamento solicitado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Hay alguna preocupación por una INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA al añadir el medicamento solicitado al tratamiento farmacológico actual del afiliado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente es afirmativa: 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación mencionada y 3) plan de monitoreo para garantizar la seguridad

MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO 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 en este paciente mayor? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

OPIOIDES: (responda estas 4 preguntas si el medicamento solicitado es un opiode)
¿Cuál es la Dosis Equivalente de Morfina (MED) acumulada diaria? <input type="text"/> mg/día

¿Conoce a otros médicos prescriptores de opioides para este afiliado? **SÍ** **NO**
Si es así, explique.

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

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

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Medicamentos alternativos probados anteriormente, pero con resultados adversos, p. ej., reacciones adversas, alergia o ineficacia terapéutica [Si no se indica en la sección ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) Medicamentos probados y resultados de las pruebas de medicamentos, (2) si el resultado es adverso, indique los medicamentos y el resultado adverso para cada uno, (3) si tuvo ineficacia terapéutica, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos probados]

Medicamentos alternativos que están contraindicados, no serían tan eficaces o probablemente causarían resultados adversos. Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan eficaces o se prevé un resultado clínico adverso significativo y por qué se esperaría dicho resultado. Si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados

El paciente sufriría efectos secundarios si se le exigiera cumplir 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 se encuentra estable con los medicamentos actuales; riesgo alto de resultado clínico adverso significativo con un cambio de medicamento Se requiere una explicación específica de todos los resultados clínicos adversos significativos previstos y por qué se esperaría dicho resultado, p. ej., la afección ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se requieren múltiples medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no se controló previamente (p. ej., hospitalización o visitas médicas urgentes frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento excesivos), etc.

Necesidad médica de una forma farmacéutica diferente o una dosis más alta [Especifique a continuación: (1) Forma farmacéutica o dosis probadas y resultado de las pruebas de los medicamentos; (2) explique la razón médica; (3) incluya por qué una dosis 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 ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) medicamentos preferidos o del formulario probados y resultados de las pruebas de los medicamentos, (2) si el resultado es adverso, indique los medicamentos y el resultado adverso de cada uno, (3) si tuvo ineficacia terapéutica/no fue tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos probados, (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados]

Otro (explique a continuación)
