



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:
Medicare Part D Prior
Authorization Department
P.O. Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741

Número de Fax:
1-866-226-1093

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al at 1-844-796-6811, TTY: 711 o bien a través de nuestro sitio web en allwell.superiorhealthplan.com.

Quién Puede Hacer una Solicitud: La persona que receta puede pedirnos una determinación de cobertura en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o un amigo) haga una solicitud en su nombre, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo designar 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	N.º de Id. de Afiliado de la Persona Inscrita	

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

Nombre del Solicitante		
Relación del Solicitante con la Persona Inscrita		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		

Documentación de representación para las solicitudes hechas por otra persona que no sea la persona inscrita o la persona que receta:

Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar a la persona inscrita (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un documento

equivalente por escrito). Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento que requiere receta médica que solicita (si lo sabe, incluya concentración y cantidad solicitada por mes):

Tipo de Solicitud de Determinación de Cobertura

- ☐ Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario). *
- ☐ He estado usando un medicamento que estaba incluido previamente en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que será retirado o fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción del formulario). *
- ☐ Solicito autorización previa para el medicamento que la persona que receta me recetó. *
- ☐ Solicito una excepción al requisito que indica que debo probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó la persona que receta (excepción del formulario). *
- ☐ Solicito una excepción al límite del plan sobre el número de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir, de manera que pueda obtener el número de píldoras que me recetó la persona que receta (excepción del formulario). *
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento recetado por la persona que receta que el que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción al nivel). *
- ☐ He estado usando un medicamento que estaba incluido previamente en un nivel de copago más bajo, pero que se moverá o se movió a un nivel de copago más alto (excepción al nivel). *
- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago por un medicamento más alto de lo que debería haberme cobrado.
- ☐ Quiero un reembolso por un medicamento que requiere receta médica cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si solicita una excepción al nivel o del formulario, la persona que receta DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes sujetas a autorización previa (u otro requisito de Administración de la Utilización) pueden requerir información de respaldo. La persona que receta puede utilizar la “Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa” adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que deberíamos considerar (*adjunte cualquier documento de respaldo*):

Nota Importante: Decisiones Aceleradas

Si usted o la persona que receta considera que la espera de 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar una función al máximo, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que receta indica que la espera de 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 24 horas. Si no tiene el respaldo de la persona que receta para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos pide que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya recibió.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que le recetó el medicamento, adjúntela a esta solicitud).**

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

Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL NIVEL y DEL FORMULARIO no pueden procesarse sin una declaración de respaldo de la persona que receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

☐ **SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas podría poner en grave peligro la vida o la salud de la persona inscrita o su capacidad de recuperar una función al máximo.**

Información de la Persona que Receta			
Nombre			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono del Consultorio		Fax	
Firma de la Persona que Receta		Fecha	

Información Médica y de Diagnóstico		
Medicamento:	Concentración y Vía de Administración:	Frecuencia:
Fecha de Inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO	Duración Prevista de la Terapia:	Cantidad por 30 días

Altura/Peso:		Alergias a Medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: enumere todos los diagnósticos que se tratan con el medicamento solicitado y los códigos 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 en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si se conocen).			Códigos ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:			Códigos ICD-10
HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las afecciones que requieren el medicamento solicitado)			
MEDICAMENTOS QUE SE HAN PROBADO (si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/dosis diaria total probada)	FECHAS de las Pruebas con Medicamentos	RESULTADOS de las Pruebas Previas con Medicamentos FRACASO frente a INTOLERANCIA (explique)	
¿Cuál es el régimen actual de medicamentos de la persona inscrita para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?			

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS	
¿Hay alguna CONTRAINDICACIÓN OBSERVADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS (por sus siglas en inglés, FDA) al medicamento solicitado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Hay alguna inquietud por una INTERACCIÓN CON LOS MEDICAMENTOS relacionada con la adición del medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos de la persona inscrita?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente es sí, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación mencionada y 3) mencione un plan de monitoreo para garantizar la seguridad	
GESTIÓN DEL ALTO RIESGO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS ADULTOS MAYORES	
Si la persona inscrita tiene más de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente de la tercera edad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
OPIOIDES: (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)	
¿Cuál es la Dosis Equivalente de Morfina (por sus siglas en inglés, MED) diaria acumulada?	<input type="text"/> mg/día
¿Conoce otras personas que recetan opioides para esta persona inscrita? De ser así, explique.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Se considera que la dosis diaria indicada de MED es médicamente necesaria?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Sería insuficiente una dosis diaria total más baja de MED para controlar el dolor de la persona inscrita?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

JUSTIFICACIÓN DE SOLICITUD

☐ **Medicamentos alternativos contraindicados o probados previamente, pero con resultados adversos, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico.** [Especifique a continuación si no se ha indicado anteriormente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS en el formulario: (1) Medicamentos probados y resultados de las pruebas con medicamentos; (2) si el resultado es adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para el medicamento probado; (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la que los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados].

☐ **El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con el cambio de medicación.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría un resultado adverso significativo, p. ej., la afección ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, múltiples medicamentos requeridos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no se controló previamente (p. ej., hospitalización o visitas médicas graves frecuentes, infarto, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

☐ **Necesidad médica de una forma de dosis diferente y/o dosis más alta.** [Especifique a continuación: (1) Forma de dosis y/o dosis probadas y resultados de las pruebas con medicamentos; (2) explique las razones médicas; (3) incluya por qué una dosificación menos frecuente con una mayor concentración no es una opción, en el caso de que exista una mayor concentración].

☐ **Solicitud de excepción al nivel del formulario.** [Especifique a continuación si no se ha indicado anteriormente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS en el formulario: (1) medicamentos preferidos o del formulario probados y resultados de las pruebas con medicamentos; (2) si el resultado es adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico/no es tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para el medicamento probado; (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la que los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados].

☐ **Otro** (explique a continuación)

Explicación requerida _____



Section 1557 Non-Discrimination Language Notice of Non-Discrimination

Allwell complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Allwell does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Allwell:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Allwell's Member Services telephone number listed for your state on the Member Services Telephone Numbers by State Chart. From October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Allwell has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number in the chart below and telling them you need help filing a grievance; Allwell's Member Services is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201,

1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Member Services Telephone Numbers by State Chart

State	Telephone Number and Plan Type
Arizona	1-800-977-7522 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711)
Arkansas	1-855-565-9518 (TTY: 711)
Florida	1-877-935-8022 (TTY: 711)
Georgia	1-844-890-2326 (HMO); 1-877-725-7748 (HMO SNP) (TTY: 711)
Illinois	1-855-766-1736 (TTY: 711)
Indiana	1-855-766-1541 (HMO and PPO); 1-833-202-4704 (HMO SNP) (TTY: 711)
Kansas	1-855-565-9519 (HMO); 1-833-402-6707 (HMO SNP) (TTY: 711)
Louisiana	1-855-766-1572 (HMO); 1-833-541-0767 (HMO SNP) (TTY: 711)
Mississippi	1-844-786-7711 (HMO); 1-833-260-4124 (HMO SNP) (TTY: 711)
Missouri	1-855-766-1452 (HMO); 1-833-298-3361 (HMO SNP) (TTY: 711)
Nevada	1-833-854-4766 (TTY: 711)
New Mexico	1-844-810-7965 (TTY: 711)
Ohio	1-855-766-1851 (HMO); 1-866-389-7690 (HMO SNP) (TTY: 711)
Pennsylvania	1-855-766-1456 (HMO); 1-866-330-9368 (HMO SNP) (TTY: 711)
South Carolina	1-855-766-1497 (TTY: 711)
Texas	1-844-796-6811 (HMO); 1-877-935-8023 (HMO SNP) (TTY: 711)
Wisconsin	1-833-981-0042 (HMO); 1-877-935-8024 (HMO SNP) (TTY: 711)

Section 1557 Non-Discrimination Language
Multi-Language Interpreter Services

ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the Member Services number listed for your state in the Member Services Telephone Number Chart.

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al número del Departamento de Servicios al Afiliado que se enumera para su estado en la Ficha de Números de Teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado.

CHINESE: 請注意: 如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥會員服務部電話號碼表所列的您所在州的會員服務部號碼。

VIETNAMESE: LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin vui lòng gọi số điện thoại phục vụ hội viên dành cho tiểu bang của quý vị trong Bảng số điện thoại dịch vụ hội viên.

FRENCH CREOLE (HAITIAN CREOLE): ATANSYON: Si w pale kreyòl ayisyen, ou ka resevwa sèvis gratis ki la pou ede w nan lang pa w. Rele nimewo sèvis manm pou eta kote w rete a. W ap jwenn li nan tablo nimewo telefòn sèvis manm yo.

KOREAN: 알림사항: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 받으실 수 있습니다. 가입자 서비스 전화번호 표에 있는 귀하의 주 가입자 서비스 안내번호로 전화하십시오.

FRENCH: ATTENTION : Si vous parlez français, un service d'aide linguistique vous est proposé gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone du Service aux membres spécifique à votre État qui se trouve dans le tableau de numéros de téléphone du Service aux membres.

ARABIC:

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. اتصل برقم خدمات الأعضاء المدرج في لائحة رقم هاتف خدمات الأعضاء الخاص بالولاية المقيم فيها.

POLISH: UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod numer działu obsługi klienta odpowiedni dla twojego stanu, dostępny w Wypisie numerów telefonu działu obsługi klienta.

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите на русском языке, мы можем предложить Вам бесплатные услуги переводчика. Позвоните в Отдел обслуживания участников по указанному для Вашего штата номеру в телефонном справочнике Отдела обслуживания участников

GERMAN: ACHTUNG: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie bitte die für Ihren Bundesstaat zuständige Rufnummer des Mitgliederkundendienstes an, die im Telefonverzeichnis des Mitgliederkundendienstes angegeben ist.

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may makukuha ka na mga libreng serbisyon pang pantulong sa wika. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo ng Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa Tsart ng Numero ng mga Serbisyo ng Miyembro.

GUJARATI: સાવધાન: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો, ભાષા સહાય સેવાઓ, નફિશુલ્ક, તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. સભ્ય સેવા ટેલફોન નંબર ચાર્ટમાં તમારા રાજ્ય માટે સૂચબિદ્ધ સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો.

PORTUGUESE: ATENÇÃO: Se falar português, estão disponíveis, gratuitamente, serviços de assistência linguística. Ligue para o número dos Serviços aos Membros indicado para o seu estado na Tabela de números de telefone destes serviços.

ITALIAN: ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per Lei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Consulti la Tabella dei Numeri Telefonici dei Servizi per i Membri e chiami il numero dei Servizi per i Membri del Suo stato.

PENNSYLVANIAN DUTCH: Geb Acht: Wann du Deitsch schwetze kannscht, un Hilf in dei eegni Schprooch brauchst, kannscht du es Koschdefrei griege. Ruf die Glieder Nummer von dei Staat, ass iss uff die Lisch an die Glieder Hilf Telefon Nummer Kaart.