



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE

Puede enviarnos esta forma por correo o por fax:

Dirección:
Aetna
Part D Coverage Determinations
Pharmacy Department
4750 S. 44th PI STE 150
Phoenix, AZ 85040-4015

Número de fax:
1-877-270-0148

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al **1-855-463-0933** o a través de nuestro sitio web AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp.

Quién puede presentar una solicitud: La persona que receta el medicamento puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) realice la solicitud por usted, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar 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 identificación del miembro	

Complete la siguiente sección SOLO si el solicitante no es la persona inscrita o la que emitió la receta

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

Documentación de representación para solicitudes cuyo solicitante no sea la persona inscrita ni la que emitió la receta:

Adjunte documentación en la que se indique que usted está autorizado a representar a la persona inscrita (una forma CMS-1696 completa de autorización de representación u otro documento impreso equivalente). Para obtener más información sobre la designación de representantes, comuníquese con su plan o llame al

1-800-Medicare (TTY: 1-877-486-2048) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan (excepción al *Formulario*).*
- Tomo un medicamento que antes estaba incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan, pero que se eliminará o se eliminó de la lista durante el año del plan (excepción al *Formulario*).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que me recetó el médico.*
- Solicito una excepción al requisito de probar otros medicamentos antes de obtener el medicamento que me recetó el médico (excepción al *Formulario*).*
- Solicito una excepción al límite que se establece en el plan sobre la cantidad de píldoras que puedo obtener (límite de cantidad) para poder adquirir la cantidad que me recetó el médico (excepción al *Formulario*).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago mayor por el medicamento que me recetó mi médico que el que cobra por otros medicamentos usados para tratar mi enfermedad, y deseo abonar un copago menor (excepción del nivel de costo compartido).*
- Tomo un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero que se cambiará o se cambió a un nivel de copago más alto (excepción del nivel de costo compartido).*
- En el plan de medicamentos, me cobraron un copago mayor que el que correspondía por un medicamento.
- Quiero recibir el reembolso del costo de un medicamento con receta cubierto que pagué de mi bolsillo.

*** NOTA: Si usted solicita una excepción al *Formulario* o del nivel de costo compartido, la persona que emitió la receta DEBE brindar una declaración que justifique su solicitud. Es posible que las solicitudes sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de administración eficaz de la cobertura) requieran información de respaldo. Para respaldar su solicitud, la persona que emitió la receta puede completar la sección "Información de respaldo para una solicitud de excepción o de autorización previa".**

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

Nota importante: Decisiones urgentes

Puede solicitar una decisión urgente (rápida) si usted o la persona que emitió la receta consideran que esperar 72 horas para obtener una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recobrar el máximo desempeño. Si dicha persona nos informa que

esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente tomaremos una decisión dentro de las 24 horas. No obstante, si la persona que emitió la receta no respalda la necesidad de una solicitud urgente, resolveremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura urgente si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTE CASILLERO SI CREE QUE NECESITA QUE TOMEMOS UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS (si cuenta con una declaración de respaldo de la persona que emitió la receta, adjúntela a esta solicitud).

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

Información de respaldo para una solicitud de excepción o de autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL *FORMULARIO* y DEL NIVEL DE COSTO COMPARTIDO no pueden procesarse sin una declaración de respaldo de la persona que emitió la receta. Se puede exigir información de respaldo para las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA.

SOLICITUD DE REVISIÓN URGENTE: Al marcar este casillero y firmar a continuación, certifico que esperar el plazo estándar de revisión de 72 horas puede poner en grave riesgo la vida o la salud de la persona inscrita o su capacidad para recobrar el máximo desempeño.

Información de la persona que emitió la receta

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio		Fax
Firma de la persona autorizada a recetar		Fecha

Diagnóstico e información médica

Medicamento:	Concentración y forma de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO	Duración esperada de la terapia:	Cantidad para 30 días:
Peso y altura:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO (enumere todos los diagnósticos en tratamiento con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes). (Si la enfermedad en tratamiento con el medicamento solicitado es un síntoma (p. ej., anorexia, pérdida de peso, falta de aire, dolor en el pecho, náuseas, etc.), indique el diagnóstico que provoca los síntomas, si se conoce).		Códigos ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Códigos ICD-10

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS (para el tratamiento de enfermedades que requieren el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un problema, indique dosis unitaria/total de dosis diarias probadas)	FECHAS de prueba de medicamentos	RESULTADOS de pruebas de medicamentos anteriores: INEFICACIA vs. INTOLERANCIA (explicar)

¿Cuál es el régimen de medicamentos actual de la persona inscrita para las enfermedades que requieren el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

¿Existe alguna **CONTRAINDICACIÓN SEÑALADA POR LA FDA** para el medicamento solicitado?

SÍ NO

¿Le preocupa que haya una **INTERACCIÓN ENTRE MEDICAMENTOS** con la incorporación del medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual de la persona inscrita?

SÍ NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es "sí": 1) explique el problema, 2) enumere los beneficios vs. los riesgos potenciales a pesar de la inquietud que expresó, y 3) indique un plan de control para garantizar la seguridad.

CONTROL DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES

Si la persona inscrita es mayor de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superarán los riesgos potenciales en este paciente anciano?

SÍ NO

OPIOIDES (responda las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

¿Cuál es la dosis equivalente de morfina (**MED**) acumulada por día?

mg/día

¿Conoce si hay otras personas autorizadas para recetar que le recetan opioides a la persona inscrita? Si marcó "sí", por favor explique.

SÍ NO

¿La MED por día indicada es médicamente necesaria?

SÍ NO

¿Una MED por día total más baja sería insuficiente para controlar el dolor de la persona inscrita?

SÍ NO

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Los medicamentos alternativos están contraindicados o fueron probados anteriormente, pero provocaron efectos adversos (p. ej., toxicidad, alergia o ineficacia terapéutica).

[Especifique a continuación si ya no fue anotado en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anteriormente en esta forma: (1) Medicamentos probados y los resultados de las pruebas de medicamentos. (2) Si hubo efectos adversos, enumere los medicamentos y los efectos adversos para cada uno. (3) En caso de ineficacia terapéutica, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento con los medicamentos probados. (4) Si existen contraindicaciones, enumere las razones específicas de por qué los medicamentos preferidos u otros medicamentos del *Formulario* están contraindicados.]

El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; existe un alto riesgo de un resultado clínico adverso significativo con el cambio de medicamentos.

Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo previsto y por qué se esperaría un resultado adverso significativo (p. ej., la enfermedad ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se necesitan múltiples medicamentos para controlar la enfermedad), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la enfermedad no estaba controlada anteriormente (p. ej., hospitalización o visitas médicas frecuentes para casos agudos, ataque cardíaco, derrame cerebral, caídas, limitación significativa del estado funcional, daños físicos y psicológicos injustificados), etc.).

Necesidad médica para una forma de dosificación diferente o una dosis mayor.

[Especifique a continuación: (1) Las formas de dosificación, las dosis probadas y el resultado de dichas pruebas de medicamentos. (2) Explique las razones médicas. (3) Indique por qué una dosificación menos frecuente pero con mayor concentración no es una opción, si existe una concentración mayor para el medicamento].

Solicitud de una excepción al nivel de medicamentos del Formulario. Especifique a continuación si ya no fue anotado en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anteriormente en esta forma: (1) Medicamentos preferidos o del *Formulario* probados y los resultados de las pruebas de medicamentos. (2) Si hubo efectos adversos, enumere los medicamentos y los efectos adversos para cada uno. (3) En caso de ineficacia terapéutica o que el medicamento probado no sea tan efectivo como el solicitado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento con los medicamentos probados. (4) Si existen contraindicaciones, enumere las razones específicas de por qué los medicamentos preferidos u otros medicamentos del *Formulario* están contraindicados.]

Otro motivo (explique a continuación:)

Explicación requerida _____

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-463-0933. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-463-0933. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-463-0933。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-463-0933。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-463-0933. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-463-0933. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-463-0933 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-463-0933. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-463-0933 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-463-0933. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-463-0933. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-463-0933 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-463-0933. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-463-0933. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-463-0933. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-463-0933. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-463-0933 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-855-463-0933. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C