

Formulario de solicitud de determinación de la cobertura (Página 1 de 2)

NO COPIAR PARA USO FUTURO. LOS FORMULARIOS SE ACTUALIZAN CON FRECUENCIA Y PUEDEN TENER CÓDIGOS DE BARRAS

Información del socio (obligatorio)			Información del proveedor (obligatorio)		
Nombre del socio:			Nombre del proveedor:		
N.º de ID del seguro:			N.º de NPI:	Medicamentos especializados:	
Fecha de nacimiento:			Teléfono del consultorio:		
Calle:			Fax del consultorio:	Contacto del consultorio:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Dirección del consultorio:		
Teléfono:			Ciudad:	Estado:	Código postal:

Información del medicamento (obligatorio)

Nombre del medicamento: Seleccione una de las siguientes opciones: <input type="checkbox"/> La solicitud es para MEDICAMENTOS GENÉRICOS . <input type="checkbox"/> La solicitud es para MEDICAMENTOS DE MARCA (no es posible usar el genérico).	Concentración:	Forma de dosificación:
<input type="checkbox"/> Marque si la solicitud es para la continuación de un tratamiento .	Instrucciones de uso:	

Información clínica (obligatorio)

Seleccione el tipo o los tipos de determinación de la cobertura solicitados:

- No incluido en el formulario:** solicitud para un medicamento que no figura en la lista de medicamentos cubiertos por el plan.
- Autorización previa:** solicitud para un medicamento que requiere autorización previa según el plan. (**Nota:** Pueden aplicarse preguntas clínicas específicas. Puede estar disponible una forma de medicamento específica).
- Terapia escalonada:** solicitud para una excepción a la obligación de probar primero otro medicamento.
- Límite de cantidad:** solicitud para una excepción al límite de cantidad del plan.
Cantidad por DÍA solicitada: _____
- Solicitud de excepción de nivel (copago inferior):** solicitud para un copago inferior porque hay otros medicamentos que tratan la misma afección con un copago más bajo. **Nota:** No se aplica al nivel de medicamentos especializados y se limita a la fase de cobertura inicial.

¿Cuál es el diagnóstico del paciente para el medicamento que se solicita?

Código ICD-10: _____

¿Qué medicamentos ha probado el paciente y no han funcionado o tienen contraindicaciones? (Especifique todos)

Enumere todos los medicamentos que tratan la misma afección y que no serían tan eficaces para el paciente como el medicamento solicitado o le causarían efectos adversos:

Uso de medicamentos de alto riesgo en ancianos (sólo se aplica a pacientes mayores de 65 años). Algunos ejemplos son los estrógenos, las sulfonilureas (p. ej., gliburida), los hipnóticos (p. ej., zolpidem), los relajantes musculares (p. ej., ciclobenzaprina).

¿Se ha completado una evaluación de riesgos frente a beneficios para esta solicitud de High Risk Medication (HRM, medicación de alto riesgo) en un paciente anciano? Sí No

Este documento y otros, si se adjuntan, contienen información privilegiada, confidencial o pueden contener Protected Health Information (PHI, datos de salud protegidos). El proveedor que se menciona más arriba está obligado a resguardar los PHI, según la ley correspondiente. La información contenida en este documento es para uso exclusivo del administrador de beneficios de farmacia. Se ha obtenido el consentimiento debido para divulgar los PHI entre estas partes. Si ha recibido este documento por error, sepa que compartir, copiar, distribuir o utilizar la información de este documento va en contra de la ley. **Si usted no es el destinatario previsto, notifique al remitente de inmediato.**

Solo para uso administrativo: General_FSPartD_2022Jan

Formulario de solicitud de determinación de la cobertura (Página 2 de 2)

NO COPIAR PARA USO FUTURO. LOS FORMULARIOS SE ACTUALIZAN CON FRECUENCIA Y PUEDEN TENER CÓDIGOS DE BARRAS

Solicitudes de límite de cantidad:

¿Existe un riesgo elevado de resultado clínico adverso significativo con el cambio de medicación o de dosis? Sí No

¿Están la cantidad y la dosis solicitadas dentro de los límites máximos de dosificación aprobados por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) o respaldados por bibliografía médica revisada por expertos, normas aceptadas de práctica médica o compendios médicos? Sí No

Si la respuesta es **sí**, especifique: _____

PARA LA TERAPIA CON OPIÁCEOS que excede los 90 miligramos equivalentes de morfina (MME)

¿Certifica el proveedor que el tratamiento con opiáceos por encima de 90 MME al día es médicamente necesario? Sí No

Solicitudes de opiáceos que excedan el límite de suministro de 7 días:

¿Certifica el proveedor que, según su criterio clínico, el suministro solicitado para un día que excede el límite actual de 7 días es médicamente necesario? Sí No

¿Hay otros comentarios, diagnósticos, síntomas, medicamentos probados o fallidos o cualquier otra información que el médico considere importante para esta revisión?

Para tener en cuenta: esta solicitud puede ser denegada si no se recibe toda la información requerida.

Este documento y otros, si se adjuntan, contienen información privilegiada, confidencial o pueden contener Protected Health Information (PHI, datos de salud protegidos). El proveedor que se menciona más arriba está obligado a resguardar los PHI, según la ley correspondiente. La información contenida en este documento es para uso exclusivo del administrador de beneficios de farmacia. Se ha obtenido el consentimiento debido para divulgar los PHI entre estas partes. Si ha recibido este documento por error, sepa que compartir, copiar, distribuir o utilizar la información de este documento va en contra de la ley. **Si usted no es el destinatario previsto, notifique al remitente de inmediato.**

Solo para uso administrativo: General_FSPartD_2022Jan