



**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE
MEDICARE**

Puede enviarnos este formulario por correo postal o fax:

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

Número de fax:
1-866-845-7267

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono llamando al **1-877-813-5595** o a través de nuestro sitio web en **Cigna.com/Medicare**.

Quién puede hacer una solicitud: Su recetador puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si quiere que otra persona (como, por ejemplo, un familiar o amigo) realice una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para conocer cómo nombrar a un representante.

Información del afiliado

Nombre del afiliado		Fecha de nacimiento
Dirección del afiliado		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Número de identificación de miembro del afiliado:	

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado ni el recetador:

Nombre del solicitante		
Relación del solicitante con el afiliado		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

Documentación de representación para solicitudes efectuadas por una persona diferente del afiliado o el recetador del afiliado:

Adjunte documentación que acredite la facultad de representar al afiliado (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o un documento equivalente por

escrito). Si desea obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o con 1.800.Medicare.

Nombre del medicamento recetado que solicita (incluya la concentración y la cantidad que se solicitan por mes, si conoce esta información):

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 solía estar incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que se lo está retirando o fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción del formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que mi recetador me recetó.*
- Solicito una excepción del requisito de que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que mi recetador me recetó (excepción del formulario).*
- Solicito una excepción del límite del plan con respecto a la cantidad de píldoras (límite en la cantidad) que puedo recibir para poder recibir la cantidad de píldoras que mi recetador me recetó (excepción del formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más elevado por el medicamento que mi recetador me recetó que el 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 solía estar incluido en un nivel de copago más bajo, pero que se está moviendo o se movió a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró por un medicamento un copago más alto que el debería haberme cobrado.
- Quiero que me reembolsen un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si está solicitando una excepción de formulario o nivel, su recetador DEBE proporcionar una declaración en respaldo de su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o a cualquier otro requisito de administración de utilización) podrían requerir información de respaldo. Su recetador puede utilizar la “Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa” que se adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos contemplar (*adjunte la documentación de respaldo*):

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su recetador creen que esperar 72 horas para 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 recetador indica que esperar 72 horas podría dañar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el respaldo de su recetador para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos está solicitando el reembolso de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS (si cuenta con una declaración de respaldo de su recetador, adjúntela a esta solicitud).

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

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN DE FORMULARIO y NIVEL no se pueden procesar sin una declaración de respaldo del recetador. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA podrían requerir información de respaldo.

SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas podría perjudicar gravemente la vida o la salud del afiliado, o la capacidad del afiliado de recuperar la función máxima.

Información del recetador		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio	Fax	
Firma del recetador		Fecha

Diagnóstico e información médica

Medicamentos:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO	Duración prevista del tratamiento:	Cantidad cada 30 días
Estatura/peso:	Alergias a medicamentos:	

DIAGNÓSTICO – Detalle todos los diagnósticos tratados con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. (Si la afección tratada con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, falta de aire, dolor de pecho, náuseas, etc., indique el diagnóstico que causa los síntomas, si lo conoce)	Código(s) ICD-10
---	------------------

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

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

MEDICAMENTOS QUE SE PROBARON (si el límite en la cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/dosis diaria total que se probó)	FECHAS en las que se probaron los medicamentos	RESULTADOS de los medicamentos que se probaron INEFICACIA o INTOLERANCIA (explicar)

¿Cuál es el actual régimen de medicamentos del afiliado para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?

MOTIVOS DE LA SOLICITUD

Los medicamentos alternativos están contraindicados o se probaron, pero tuvieron un resultado adverso, p. ej., toxicidad, alergia o ineficacia terapéutica. [Especifique a continuación si ya no se indicó en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS del formulario: (1) medicamentos que se probaron y sus resultados, (2) si el resultado fue adverso, detalle los medicamentos y el resultado adverso para cada uno, (3) si el tratamiento fue ineficaz, detalle la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos que se probaron, (4) para el caso de contraindicaciones, detalle el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados].

El paciente está estable con los medicamentos actuales; existe un riesgo alto de resultado clínico adverso significativo con el cambio de medicamento. Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo previsto y de la razón por la cual se anticipa un resultado adverso significativo –p. ej., la afección ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se necesitaron varios medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando anteriormente no se pudo controlar la afección (p. ej., hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento excesivos), etc.

Necesidad médica de una formulación diferente y/o una dosis más alta. [Especifique a continuación: (1) formulaciones y/o dosis que se probaron y resultado, (2) explique el motivo médico, (3) incluya la razón por la cual 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. Especifique a continuación si no se indicó en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS del formulario: (1) medicamentos preferidos o del formulario que se probaron y sus resultados, (2) si el resultado fue adverso, detalle los medicamentos y el resultado adverso para cada uno, (3) si el tratamiento fue ineficaz/no fue tan eficaz como el medicamento solicitado, detalle la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos que se probaron, (4) para el caso de contraindicaciones, detalle el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados].

Otro (explique a continuación)

Explicación requerida _____

