

**SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE CUBIERTA DE MEDICAMENTOS
RECETADOS DE MEDICARE**

Esta solicitud puede ser enviada vía fax o correo postal a:

Dirección:	Número de fax:
Abarca Health, LLC. 1606 Ave. Ponce de León San Juan, PR 00909-4830	1-855-710-6727

También puedes solicitar una determinación de cubierta por teléfono llamando al 1-888-620-1919, TTY al 1-866-620-2520 de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o a través de nuestra página web: https://abarcahealth.com/en/clients/medicare/cdonline_es.

Quién puede llevar a cabo una solicitud: Tú médico puede solicitar una determinación de cubierta por ti. Si tú deseas que otra persona (como un miembro de tu familia o amigo) solicite una determinación de cubierta por ti, esta persona tiene que ser tú representante. Contáctanos para orientarte acerca de cómo nombrar a un representante.

Información del Afiliado

Nombre del Afiliado		Fecha de Nacimiento
Dirección del Afiliado		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		ID del Afiliado

Complete la siguiente sección SÓLO si la persona que solicita no es el afiliado o el médico:

Nombre del Solicitante		
Relación del Solicitante con el Afiliado		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		

Documentación de representación para solicitudes llevadas a cabo por alguien que no sea el afiliado o el médico que prescribe:

Adjunta la documentación que muestre la autoridad para representar al afiliado (Formulario de nombramiento de representante autorizado CMS-1696 o un equivalente escrito). Para más información acerca de cómo nombrar un representante, contáctanos o llama a 1-800-Medicare (633-2273).

Nombre del medicamento que solicita (si posee la información, incluya dosis y cantidad mensual solicitada):

Tipo de solicitud de determinación de cubierta

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos por el plan (excepción al formulario). *
- He estado utilizando un medicamento que estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos por el plan, pero lo están removiendo o fue removido del listado durante el año (excepción al formulario). *
- Solicito una preautorización para el medicamento que mi médico a recetado. *
- Solicito una excepción al requisito de tratar otro medicamento antes de que pueda obtener el medicamento que mi médico recetó (excepción al formulario). *
- Solicito una excepción al límite impuesto por el plan sobre el número de tabletas (límite de cantidad) que puedo recibir, para así poder recibir el número de tabletas que mi médico recetó (excepción al formulario). *
- Mi plan cobra un copago más alto por el medicamento que mi médico recetó de lo que cobra por otro medicamento para tratar mi condición y deseo pagar el copago más bajo (excepción al nivel de copago). *
- He estado utilizando un medicamento que estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero lo están removiendo o fue removido a un nivel de copago más alto (excepción al nivel de copago). *
- Mi plan me cobró un copago más alto del debido por un medicamento.
- Deseo ser reembolsado por un medicamento cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si estas solicitando una excepción al formulario o al límite de copago, tú médico TIENE que proveer una justificación que apoye tu solicitud. Las solicitudes que están sujetas a preautorización (o algún otro requerimiento de manejo de utilización), pudiesen requerir justificación. Tu médico puede utilizar la sección “Información de apoyo para una solicitud de excepción o preautorización” para apoyar tu solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (adjunta cualquier documento de apoyo):

Y0082_23CI040S_C

Nota Importante: Decisiones Expeditas
--

Si tú o tú médico consideran que esperar 72 horas por una decisión estándar afectaría seriamente tú vida, salud o habilidad para recuperar la función máxima, pueden solicitar una decisión expedita (rápida). Si tú médico indica que esperar 72 horas afectaría seriamente tu salud, se proveerá automáticamente una decisión dentro de 24 horas. Si tú no obtienes apoyo médico para una solicitud expedita, nosotros decidiremos si tú caso amerita una decisión rápida. No puedes solicitar una determinación de cubierta expedita si estas solicitando reembolso por medicamentos que ya has recibido.

MARCA ESTE ENCASILLADO SI CONSIDERAS QUE NECESITAS UNA DECISIÓN DENTRO DE 24 HORAS (si tú posees justificación médica, adjúntala a esta solicitud).

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

Justificación Médica para una Solicitud de Excepción o Pre-Autorización
--

Solicitudes de EXCEPCIONES AL FORMULARIO Y CAMBIO EN NIVEL DE COPAGO no pueden ser procesadas sin justificación médica. PRE-AUTORIZACIONES podrían requerir justificación médica.

Solicitud para revisión expedita: Al marcar este encasillado y firmar abajo, certifico que aplicar el marco de tiempo de revisión estándar de 72 horas afectaría seriamente la vida, la salud del afiliado o la habilidad de éste para recuperar la función máxima.

Información del Médico		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono Oficina		
Teléfono Oficina	Fax	
Firma del Médico		Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Dosis y ruta de administración:	Frecuencia:

Y0082_23CI040S_C

Nueva receta o fecha de inicio de terapia:	Duración de la terapia:	Cantidad por 30 días
Estatura /Peso:	Alergias a medicamentos:	
Diagnóstico – Enumere todos los diagnósticos tratados con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. (Si la condición que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si se conoce).		Código ICD-10

Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:	Código ICD-10:
HISTORIAL DE MEDICAMENTO: (para el tratamiento de la(s) condición(es) que requieren el medicamento solicitado)	

MEDICAMENTOS TRATADOS (si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis por unidad / dosis diaria total probada)	FECHAS en la que trato el medicamento	RESULTADOS de los medicamentos tratados anteriormente FALLO vs INTOLERANCIA (explicar)
¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del afiliado para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?		

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS
¿Hay alguna DE LAS CONTRAINDICACIONES NOTADAS POR LA FDA al medicamento solicitado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Hay alguna preocupación de una INTERACCIÓN CON MEDICAMENTOS con la adición del medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del afiliado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anotadas anteriormente es sí, por favor 1) explique el problema, 2) discuta los beneficios frente a los potenciales riesgos a pesar de la preocupación señalada, y 3) un plan de monitoreo para garantizar la seguridad.

Y0082_23CI040S_C

ALTO RIESGO DEL MEDICAMENTO EN LOS ANCIANOS	
Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿Cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente anciano?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
OPIOIDES: (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)	
¿Cuál es la dosis diaria equivalente de morfina acumulada? (MED)?	<input style="width: 80px;" type="text"/> mg/day
¿Conoce otros prescriptores de opioides para este afiliado? Si es así, por favor explique.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Se considera que la dosis diaria indicada de MED es médicamente necesaria?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Sería insuficiente una dosis diaria total de MED más baja para controlar el dolor del afiliado?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

JUSTIFICACIÓN DE SOLICITUD	
<input type="checkbox"/> Medicamentos alternativos contraindicados o probados previamente, pero con resultados adversos, p. Ej. Toxicidad, alergia o fallo 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 los ensayos de medicamentos (2) si el resultado adverso, enumere el (los) medicamento (s) y el resultado adverso de cada uno, (3) si falla terapéutica, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para el (los) fármaco (s) probado (s), (4) si hay alguna contraindicación, indique la razón específica por la que el o los medicamentos preferidos / otros medicamentos del formulario están contraindicados].	
<input type="checkbox"/> El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; Alto riesgo de resultados clínicos adversos con cambio de medicación [Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría un resultado adverso significativo, por ejemplo. la condición ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, múltiples medicamentos requeridos para controlar la condición), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la condición no se controló previamente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, Limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos, etc.].	

Y0082_23CI040S_C

Necesidad médica de formulación de dosificación diferentes o dosis más altas.
[Especifique a continuación: (1) Forma (s) de dosis o dosis probadas y resultado de los ensayos de drogas; (2) explique la razón médica (3) incluya por qué una dosis menos frecuente con una mayor potencia no es una opción, si existe una mayor potencia].

Solicitud de excepción de nivel de formulario [Especifique a continuación si no se indica en la sección HISTORIAL DE LAS DROGAS en el formulario: (1) formulario o medicamento (s) preferido (s) probado (s) y resultados del (de los) ensayo (s) del medicamento (s) cada uno, (3) si el fracaso terapéutico / no es tan efectivo como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para el (los) medicamento (s) probado (s), (4) si hay alguna contraindicación, indique la razón específica por la que el / los medicamento (s) preferido (s) Otros medicamentos del formulario están contraindicados].

Otro (explique abajo)

Explicación requerida

Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina a base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Triple-S Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)。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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)。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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) 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 (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)). 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). 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 (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)) 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). 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 (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)). 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) 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に、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、1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)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。