

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE CUBIERTA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

Utilice este formulario para solicitar a nuestro plan una determinación de cubierta. También puede solicitarla por teléfono al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargo) o 711 (TTY), de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o a través de nuestra página web www.mmmpr.com. Usted, su médico o profesional que prescribe, o su representante autorizado pueden realizar esta solicitud.

Información del Afiliado

Nombre	Fecha de Nacimiento
Dirección	Ciudad
Estado	Código postal
Teléfono	Número de afiliado (ID) #

Si la persona que realiza esta solicitud no es afiliado o médico que prescribe:

Nombre del Solicitante
Relación del Solicitante con el Afiliado
Dirección (incluya Ciudad, Estado y Código postal)
Teléfono
☐ Envíe la documentación junto con este formulario que demuestre su autoridad para representar al afiliado (formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completo o equivalente). Para más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con nuestro plan o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Nombre del medicamento al que se refiere esta solicitud (incluya información sobre la dosis y la cantidad si está disponible)

Tipo de Solicitud

- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto de lo debido por un medicamento.
- ☐ Quiero que me reembolsen el costo de un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo.
- ☐ Solicito una preautorización para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información de respaldo)

Para los tipos de solicitudes que se enumeran a continuación, su médico prescriptor DEBE proporcionar una declaración que justifique la solicitud. Puede completar las páginas 3 y 4 de este formulario, "Información de respaldo para una solicitud de excepción o preautorización".

- ☐ Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).
- ☐ He estado utilizando un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que será eliminado o fue eliminado de esta lista durante el año de cubierta (excepción al formulario).
- ☐ Solicito una excepción al requisito de utilizar otro medicamento antes de obtener el medicamento que mi médico ha recetado (excepción al formulario).
- ☐ Solicito una excepción al límite del plan para la cantidad de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir de modo que pueda obtener la cantidad de pastillas que mi médico recetó (excepción al formulario).
- ☐ Solicito una excepción a las reglas de preautorización del plan que deben cumplirse antes de obtener un medicamento recetado (excepción del formulario).
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que mi médico recetó que lo que cobra por otro medicamento para tratar mi condición y deseo pagar el copago más bajo (excepción de nivel de copago).
- ☐ He estado utilizando un medicamento que antes estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero que se cambiará o se cambió a un nivel de copago más alto (excepción de nivel de copago).

Información adicional que debemos considerar (*envíe cualquier documento de respaldo con este formulario*):

¿Necesita una decisión expedita?

Si usted o su médico que le receta entienden que esperar 72 horas por una decisión estándar podría seriamente afectar su vida, salud, o habilidad para recuperar sus funciones al máximo, puede solicitarnos una decisión expedita (rápida). Si su médico que le receta indica que esperar 72 horas podría seriamente afectar su salud, automáticamente le daremos una decisión en 24 horas. Si no obtiene el apoyo para una solicitud expedita por parte del médico que le receta, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. (Usted no puede solicitar una determinación de cubierta expedita si nos está solicitando un reembolso por un medicamento que ya recibió.)

- ☐ **SÍ, NECESITO UNA DECISIÓN EN 24 HORAS.** Si tiene una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud.

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

Cómo enviar este formulario

Envíe este formulario y cualquier información complementaria por correo postal o fax:

Dirección:

MMM Healthcare, LLC.
Departamento de Farmacia
PO Box 71114
San Juan P.R. 00936-8014

Número de Fax:

Parte D 1-833-740-4081
Parte B 1-833-740-4128
Oncología 1-833-740-4112

**Información adicional para una solicitud de excepción o preautorización
Debe ser completada por un médico que receta**

☐ **SOLICITUD PARA EVALUACIÓN EXPEDITA:** Al marcar este encasillado y firmar abajo, certifico que si se aplica el periodo estándar de evaluación de 72 horas se podría poner en riesgo la vida o salud del afiliado o su habilidad para recuperar sus funciones al máximo.

Información del Médico que le receta

Nombre	
Dirección (Incluya Ciudad, Estado y Código postal)	
Teléfono de Oficina	
Fax	
Firma	Fecha

Diagnóstico e Información Médica

Medicamento:	Potencia y Modo de Administración:
Frecuencia:	Fecha de Inicio: ☐ NUEVO INICIO
Duración Prevista de la Terapia:	Cantidad para 30 días:
Estatura/Peso:	Alergias a medicamentos:
DIAGNÓSTICO – Por favor incluya todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los correspondientes códigos ICD-10. (Si la condición que está siendo tratada con el medicamento solicitado es un síntoma, por ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náusea, etc., provea el diagnóstico que causa el/los síntoma/s, si lo sabe.)	
Código(s) ICD-10	
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:	
Código(s) ICD-10	

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de la(s) condición(es) que requieren el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un inconveniente, incluya la unidad de dosificación/dosis diaria total probada)	FECHAS de las Pruebas de Medicamentos	RESULTADOS de pruebas anteriores de medicamentos FALLO vs INTOLERANCIA (explique)

¿Cuál es el presente tratamiento farmacológico del afiliado para la(s) condición(es) que requieren el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS

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

☐ SÍ ☐ NO

¿Hay alguna inquietud relacionada con **INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA** como resultado de la inclusión del medicamento solicitado al presente régimen de medicamentos del afiliado?

☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es sí, favor de: 1) explicar el problema, 2) explicar los beneficios vs los riesgos potenciales a pesar de las inquietudes mencionadas, y 3) plan de monitoreo para asegurar seguridad en su uso

MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado sobrepasan los riesgos potenciales para este paciente de edad avanzada?

☐ SÍ ☐ NO

OPIOIDES – (responda estas 4 preguntas si el medicamento solicitado es un opiáceo)

¿Cuál es la Dosis Equivalente de Morfina (**MED**, por sus siglas en inglés) acumulativa diaria?

mg/día

¿Tiene conocimiento de algún otro médico que recete opiáceos para este afiliado? De ser así, por favor explique.

☐ SÍ ☐ NO

¿La **MED** diaria indicada es médicamente necesaria?

☐ SÍ ☐ NO

¿Una **MED** diaria más baja sería insuficiente para controlar el dolor de este afiliado?

☐ SÍ ☐ NO

JUSTIFICACIÓN PARA LA SOLICITUD

☐ **Medicamento(s) alterno(s) está(n) contraindicado(s) o fue(ron) probado(s) anteriormente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o fallo terapéutico** [Especifique abajo si no se mencionó en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS que aparece anteriormente en el formulario: (1) Medicamento(s) probado(s) y resultado(s) de dicha(s) prueba(s), (2) si el(los) resultado(s) fue(ron) adverso(s), mencione el(los) medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno, (3) si fue fallo terapéutico, mencione la(s) dosis máxima(s) y el periodo de duración del tratamiento para el(los)

medicamento(s) tratado(s), (4) si fue contraindicación(es), indique la razón específica por la que medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) en el formulario están contraindicados]

☐ **Medicamento(s) alternativo(s) contraindicados, que no serían tan eficaces o que probablemente causarían un resultado adverso.** Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan eficaces o se anticiparía un resultado clínico adverso significativo y por qué se esperaría este resultado. Si hay contraindicaciones, indique el motivo específico por el que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados.

☐ **Paciente sufriría efectos adversos si se le exigiera cumplir con el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo previsto y por qué se espera dicho resultado.

☐ **Paciente está estable con su(s) medicamento(s) presentes; alto riesgo de resultados clínicos adversos con cambio de medicamento.** Una explicación específica de cualquier resultado clínico significativamente adverso anticipado y explique la razón por la que puede esperarse un resultado clínico significativamente adverso — por ejemplo, la condición ha sido difícil de controlar (se probaron varios medicamentos, se requirieron múltiples medicamentos para controlar la condición), el paciente experimentó un resultado adverso significativo cuando la condición no estuvo bajo control anteriormente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, derrame cerebral, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor o sufrimiento innecesario), etc.

☐ **Necesidad médica de un medio de dosificación diferente y/o dosis más alta** [Especifique abajo: (1) Medio(s) de dosificación y/o la(s) dosis tratada(s) y resultados de prueba(s) de medicamento(s), (2) explique la razón médica, (3) incluya el por qué una dosificación menos frecuente con una potencia más alta no es una opción — de existir una potencia más alta]

☐ **Solicitud para excepción al formulario y/o de nivel de copago** [Especifique abajo si no se mencionó en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS que aparece anteriormente en el formulario: (1) medicamento(s) en formulario o preferido(s) probado(s) y resultado(s) de la(s) prueba(s), (2) si el(los) resultado(s) fue(ron) adverso(s), mencione el(los) medicamento(s) y el resultado adverso para cada uno, (3) si fue fallo terapéutico, mencione la(s) dosis máxima(s) y el periodo de duración del tratamiento para el(los) medicamento(s) tratado(s), (4) si fue contraindicación(es), indique la razón específica por la que medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) en el formulario están contraindicados]

☐ **Otro** (explique abajo)

MMM Healthcare, LLC., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC., complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Y0049_2026 3032 0001 1_C