

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN SOBRE COBERTURA DE MEDICAMENTO POR RECETA
DE MEDICARE**

Este formulario se nos puede enviar por correo o por fax:

Dirección: Leon Health, Inc.
P.O. Box 668230
Miami, FL 33166

Número de fax:
(305)-718-2864

También nos puede solicitar por teléfono que tomemos la determinación sobre la cobertura llamando al 1-844-969-5366 o mediante nuestro sitio de internet, en la dirección www.leonhealth.com.

Quién puede hacer la solicitud: El profesional que le dio la receta puede solicitarnos que tomemos la determinación sobre la cobertura en nombre suyo. Si quiere que otra persona (como un familiar o amigo) haga la solicitud en nombre suyo, esa persona tiene que ser su representante. Comuníquese con nosotros para informarse de cómo se nombra al representante.

Información sobre el afiliado

Nombre del afiliado		Fecha de nacimiento
Dirección del afiliado		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Núm. de identificación de miembro de afiliado	

La sección siguiente se rellena SOLAMENTE, si la persona que hace esta solicitud no es el afiliado:

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

Documentos acreditativos de la representación cuando se trata de solicitudes hechas por alguien distinto al afiliado o al profesional que le dio la receta al afiliado:

Adjunte los documentos que demuestran la autoridad de representar al afiliado (el Formulario CMS-1696 de Autorización de Representación, ya relleno, o su equivalente por escrito). Para informarse más de cómo nombrar al representante, comuníquese con su Plan o al 1-800-Medicare.

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

Tipo de solicitud de determinación sobre la cobertura

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario).*
- He consumido un medicamento que se incluía anteriormente en la lista de medicamentos cubiertos del Plan, pero lo eliminan o lo eliminaron de la lista durante el año del plan (excepción del formulario).*
- Solicito la autorización previa o de antemano correspondiente al medicamento que me recetó mi profesional.*
- Solicito que se me exceptúe del requisito de intentar otro medicamento antes de conseguir el medicamento que me recetó mi profesional (excepción del formulario).*
- Solicité que se me exceptúe del límite del plan sobre la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder conseguir la cantidad de píldoras que recetó mi profesional (excepción del formulario).*
- En mi plan de medicamentos se cobra un copago más costoso por el medicamento que me recetó mi profesional que lo que se cobra por otro medicamento que constituye tratamiento de mi enfermedad, y quiero pagar el copago más económico (excepción de los niveles de medicamentos).*
- He consumido un medicamento que se incluía anteriormente en un nivel de copago menos costoso, pero lo pasan o ya lo pasaron a un nivel de copago más costoso (excepción de los niveles de medicamentos).*
- En mi plan de medicamentos se me cobró un copago más costoso que el que me corresponde.
- Quiero que se me reembolse el costo de un medicamento por receta cubierto que pagué de mi propio bolsillo.

***ADVERTENCIA:** Si solicita la excepción del formulario o de los niveles medicamentosos, el profesional que le dio la receta **TIENE QUE** otorgar un informe que justifique su solicitud. Las solicitudes sujetas a la autorización previa (o a los demás requisitos por gestión de la utilización) podrían necesitar información justificativa. El profesional que le dio la receta puede emplear lo adjunto, cuyo título es “Información Justificativa de la Solicitud de Excepción o Autorización Previa” para justificar su solicitud.

Información adicional que deberíamos considerar (*adjunte los documentos justificativos*):

Nota importante: Decisiones agilizadas

Si usted o el profesional que le dio la receta considera que esperar la decisión estándar 72 horas le podría perjudicar gravemente la vida, la salud o la capacidad de recuperar la funcionalidad al máximo, se puede solicitar la decisión agilizada (rápida). Si el profesional que le dio la receta indica que esperar 72 horas le podría perjudicar gravemente la salud, le daremos automáticamente la decisión dentro de 24 horas. Si no consigue la justificación de la solicitud agilizada procedente de la persona que le dio la receta, nosotros decidiremos si en su caso se necesita la decisión rápida. No puede solicitar la determinación agilizada sobre la cobertura, si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA, SI CONSIDERA QUE NECESITA LA DECISIÓN DENTRO DE 24 HORAS (si tiene el informe justificativo del profesional que le dio la receta, adjúntelo a esta solicitud).

Firma:

Fecha:

Información Justificativa de la Solicitud de Excepción o Autorización Previa

Las solicitudes de excepción del FORMULARIO y de NIVELES DE MEDICAMENTOS no se pueden tramitar sin el informe justificativo del profesional que dio la receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA podrían necesitar información justificativa.

SOLICITUD DE REVISIÓN AGILIZADA: Al marcar esta casilla y firmar más abajo, certifico que aplicar el plazo estándar de revisión en 72 horas podría hacer peligrar gravemente la vida o salud del afiliado o la capacidad del afiliado de recuperar su función al máximo.

Información sobre el profesional que dio la receta		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio	Fax	
Firma del profesional que dio la receta		Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de comienzo: <input type="checkbox"/> RECIÉN COMENZADO	Duración esperada del tratamiento:	Cantidad cada 30 días
Estatura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO – Favor de señalar todos los diagnósticos cuyo(s) tratamiento(s) se realizan con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. (Si la enfermedad cuyo tratamiento se realiza con el medicamento solicitado es síntoma, por ejemplo, anorexia, adelgazamiento, falta de aire, dolor en el pecho, náuseas, etc. indique el (los) diagnóstico(s) que causa(n) el (los) síntoma(s), si es (son) conocido(s))		ICD-10 Code(s)
Demás DIAGNÓSTICOS PERTINENTES:		ICD-10 Code(s)
ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS: (para tratar la(s) enfermedad(es) por la(s) que se necesita el medicamento solicitado)		
MEDICAMENTOS INTENTADOS <small>(si el límite de cantidad es problema, señale la dosis unitaria/total de dosis diarias intentadas)</small>	FECHAS de los medicamentos intentados	RESULTADOS de los medicamentos intentados anteriormente FRACASO o INTOLERANCIA (explique)
¿Qué tratamiento medicamentoso tiene el afiliado actualmente por la(s) enfermedad(es) para la(s) que se necesita(n) el medicamento solicitado?		

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

¿Hay **CONTRAINDICACIONES SEÑALADAS POR LA FDA** respecto al medicamento solicitado? **SÍ** **NO**

¿Alguna preocupación por **INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA** al agregarse el medicamento solicitado al tratamiento medicamentoso actual del afiliado?
 SÍ **NO**

Si la respuesta es “sí” a alguna de las preguntas anteriores, 1) explique el problema, 2) señale los beneficios y riesgos posibles, a pesar de la preocupación señalada y 3) el plan de observación para garantizar la seguridad

MANEJO DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN LA TERCERA EDAD

Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿opina que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado son de mayor peso que los riesgos que podrían presentarse en este paciente de la tercera edad?

OPIOIDES – (favor de responder a las preguntas siguientes, si el medicamento solicitado es opioide)

¿Cuál es la dosis diaria acumulativa equivalente a la morfina (**MED**)? **mg/día**

¿Tiene conocimiento si otros profesionales le han recetado opioides a este afiliado? Si tiene conocimiento, favor de explicar. **SÍ** **NO**

¿Es necesaria medicamente la dosis MED diaria señalada? **SÍ** **NO**

¿Sería insuficiente para controlar el dolor del afiliado una dosis total MED diaria que fuera menor? **SÍ** **NO**

MOTIVOS DE LA SOLICITUD

Otro(s) medicamento(s) contraindicado(s) o intentado(s) anteriormente, aunque con resultado adverso, v.g. toxicidad, alergia o fracaso terapéutico [Señale más abajo, si ya no lo anotó en la sección ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS que aparece antes en el formulario: (1) El (los) medicamento(s) intentado(s) y los resultados del (de los) medicamento(s) intentado(s) (2) si hubo algún resultado adverso, señale el (los) medicamento(s) y los resultados adversos de cada uno, (3) si hubo un fracaso terapéutico, señale las dosis máximas y cuánto duraron los tratamientos del (de los) medicamento(s) intentado(s), (4) si hay contraindicación(es), favor de señalar el motivo específico de por qué el (los) medicamento(s) preferido(s) u otro(s) medicamento(s) del formulario están contraindicados].

El paciente está estable con el (los) medicamento(s) actual(es); alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con el cambio de medicamento Es preciso dar la explicación específica de todo resultado adverso previsto de carácter significativo y del motivo para esperar el resultado adverso significativo – v.g. la enfermedad ha sido difícil de controlar (se han intentado muchos medicamentos, se necesitan varios medicamentos para controlar la enfermedad), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la enfermedad no estaba controlada anteriormente (v.g. hospitalización o visitas frecuentes al médico por carácter agudo, infarto cardíaco, embolia, caídas, limitación significativa del estatus funcional, mucho dolor y sufrimiento), etc.

Necesidad médica de forma de dosis distinta y/o dosis mayor [Señalar más abajo: (1) Forma(s) de dosis y/o dosis intentada(s) y resultados del (de los) medicamento(s) intentado(s); (2) explique el motivo médico (3) incluya por qué no es opción una dosis menos frecuente a razón de una concentración mayor – si es que existe una concentración mayor]

Solicitud de excepción del nivel de medicamentos del formulario Señale más abajo, si no lo hizo en la sección ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS que aparece anteriormente en el formulario: (1) El (Los) medicamento(s) del formulario o preferido(s) intentado(s) y los resultados del (de los) medicamento(s) intentado(s) (2) si hubo un resultado adverso, señale el medicamento y el resultado adverso de cada uno, (3) si hubo un fracaso terapéutico o no es tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y cuánto duro (duraron) el (los) tratamiento(s) del (de los) medicamento(s) intentado(s), (4) si hay contraindicación(es), favor de señalar el motivo específico por el cual se contraindica(n) el (los) medicamento(s) preferido(s) u otro(s) medicamento(s) del formulario].

Otra cosa (explique a continuación)

Explicación necesaria _____

Leon Health, Inc. es un plan HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Leon Health, Inc. depende de la renovación del contrato. ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-969-5366 (TTY: 711) or speak to your provider.

H4286_COVERAGEDETERFRM2025S_C