

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?

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

¿Existen **CONTRAINDICACIONES ADVERTIDAS POR LA FDA** para el medicamento solicitado?

SÍ **NO**

¿Existen preocupaciones por una **INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA** con el agregado del medicamento solicitado al actual régimen de medicamentos del afiliado? **SÍ** **NO**

Si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas anteriores es afirmativa, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios y los posibles riesgos a pesar de la preocupación indicada, y 3) monitoree el plan para garantizar la seguridad.

CONTROL DEL RIESGO ALTO DE LOS MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES

Si el afiliado tiene más de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los posibles riesgos en este paciente de edad avanzada? **SÍ** **NO**

OPIOIDES – (responda las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

¿Cuál es la dosis acumulada diaria equivalente de morfina (**Morphine Equivalent Dose, MED**)?

mg/día

¿Conoce otros profesionales que le hayan recetado opioides a este afiliado? **SÍ** **NO**

De ser así, explique.

¿Es la dosis MED diaria indicada médicamente necesaria? **SÍ** **NO**

¿Sería insuficiente una dosis MED diaria total más baja para controlar el dolor del afiliado? **SÍ** **NO**

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 _____

CHRISTUS Health Advantage is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in CHRISTUS Health Advantage depends on contract renewal. This information is not a complete description of benefits. Open seven days a week, 8 a.m. to 8 p.m., local time, from October 1 – March 31, and Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time, from April 1 – September 30. Call 1.844.282.3026, TTY 711 for more information. A voice response system is available for after hours. Other providers are also available in our network. CHRISTUS Health Advantage (HMO) Contract #H1189.

ATTENTION: If you speak another language, 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 1.844.282.3026, TTY 711 or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1.844.282.3026, TTY 711 o hable con su proveedor.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1.844.282.3026 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

注意: 如果您说中文, 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1.844.282.3026 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。

ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1.844.282.3026, TTY 711 ou parlez à votre fournisseur.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1.844.282.3026, TTY 711 an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓક્રિઝલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1.844.282.3026, TTY 711 પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1.844.282.3026, TTY 711 पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1.844.282.3026, TTY 711 o parla con il tuo fornitore.

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1.844.282.3026, TTY 711 までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1.844.282.3026, TTY 711 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1.844.282.3026, TTY 711 ຫຼື ວິມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

SHOOH: Diné bee yánittigogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jük'eh ná hólé. Bee ahit bane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anida'wo'i áko bee baa hane'í bee badadilyaa bich'i' ahoot'i'ígíí éí t'áá jük'eb hóló. Kohji' 1.844.282.3026, TTY 711 hodíilnih doodage nika'análwoi bich'i' hanidzih.

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1.844.282.3026 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1.844.282.3026, TTY 711 или обратитесь к своему поставщику услуг.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1.844.282.3026, TTY 711 o makipag-usap sa iyong provider.

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1.844.282.3026, TTY 711 หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1.844.282.3026, TTY 711 پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

LU'U Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1.844.282.3026 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.