



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:
Cigna
8455 University Place #HQ2L-04
St. Louis, MO 63121

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 www.Cigna.com/Medicare

Quién puede realizar una solicitud: su proveedor puede pedirnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) realice una solicitud en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar un representante.

Información del miembro

Nombre del miembro		Fecha de nacimiento
Dirección del miembro		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	N.º de identificación del miembro:	

Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es el miembro ni el proveedor:

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

Documentación de representación para solicitudes realizadas por una persona distinta del miembro o su proveedor:

Adjunte documentación que muestre las facultades para representar al miembro (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento con receta que solicita (si conoce la información, incluya la concentración y cantidad solicitada por mes):

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción a la lista).*
- He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que se eliminará o se eliminó de esta lista durante el año del plan (excepción a la lista).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que me recetó mi proveedor.*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó mi proveedor (excepción a la lista).*
- Solicito una excepción al límite del plan sobre la cantidad de comprimidos (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad de comprimidos que me recetó mi proveedor (excepción a la lista).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que me recetó mi proveedor en comparación con el que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción a la asignación de nivel).*
- He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero que se pasará o se pasó a un nivel de copago más alto (excepción a la asignación de nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto del que debería haberme cobrado por un medicamento.
- Quiero obtener un reembolso por un medicamento con receta cubierto que pagué de mi bolsillo.

*** NOTA: si está solicitando una excepción a la lista o una excepción a la asignación de nivel, el proveedor DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que estén sujetas a autorización previa (o a cualquier otro requisito de administración de la utilización) pueden requerir información de respaldo. Su proveedor puede usar la “Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa” adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que deberíamos tener en cuenta (*adjunte los documentos de respaldo*):

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su proveedor consideran que esperar 72 horas hasta que se tome una decisión estándar podría causarle un grave perjuicio a su vida, su salud o su capacidad para recuperar el funcionamiento pleno, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si proveedor indica que esperar 72 horas podría causarle un grave perjuicio a su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el respaldo de su proveedor para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos está pidiendo que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS (si tiene una declaración del respaldo del proveedor, adjúntela a esta solicitud).

Firma:	Fecha:
Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa	

Las solicitudes de EXCEPCIÓN A LA LISTA y EXCEPCIÓN A LA ASIGNACIÓN DE NIVEL no pueden procesarse sin la declaración de respaldo de un proveedor. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden 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 puede poner en grave peligro la vida o la salud del miembro, o su capacidad para recuperar el funcionamiento pleno.

Información del proveedor		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio	Fax	
Firma del proveedor	Fecha	
Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO	Duración prevista del tratamiento:	Cantidad por 30 días
Estatura/peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: incluya todos los diagnósticos por los que recibe tratamiento con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. (Si la afección que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si los 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 PROBO (si el límite de cantidad representa un problema, indique la dosis por unidad/la dosis diaria total que probó)	FECHAS de las pruebas de medicamentos	RESULTADOS de las pruebas anteriores de medicamentos FRACASO frente a INTOLERANCIA (explique)
¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del miembro para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?		
SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO		
¿Existe alguna CONTRAINDICACIÓN OBSERVADA POR LA FDA para el medicamento solicitado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Existe algún problema de INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA al incorporar el medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del miembro? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si la respuesta para cualquiera de las preguntas anteriores es "Sí", 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los posibles riesgos a pesar del problema observado, e 3) indique el plan de control para garantizar la seguridad.		
ADMINISTRACIÓN DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES		
Si el miembro tiene más de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los posibles riesgos en este paciente mayor? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
OPIOIDES (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opiode)		
¿Cuál es la dosis equivalente de morfina (MED) diaria acumulada?		<input type="text"/> mg/día
¿Conoce otros proveedores de opioides de este miembro? De ser así, explique. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Es la MED diaria indicada médicamente necesaria? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Sería insuficiente una MED menor total diaria para controlar el dolor del miembro? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD

Medicamentos alternativos contraindicados o probados anteriormente, pero con un resultado adverso, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico [Especifique abajo si no lo indicó anteriormente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS del formulario: (1) medicamentos probados y resultados de las pruebas de medicamentos; (2) en caso de resultado adverso, indique los medicamentos y los resultados adversos para cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico, indique la duración y la dosis máxima del tratamiento para cada medicamento probado; (4) en caso de contraindicaciones, indique el motivo específico por el que los medicamentos preferidos/otros medicamentos de la lista están contraindicados].

El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con un cambio de medicamento Se requiere una explicación específica de todo resultado clínico adverso significativo previsto y del motivo por el que se esperaría un resultado adverso significativo, p. ej., dificultad para controlar la afección (varios medicamentos probados, múltiples medicamentos necesarios para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando no se controló previamente la afección (p. ej., hospitalización o visitas médicas intensivas frecuentes, ataque al corazón, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor o sufrimiento excesivo), etc.

Necesidad médica de usar una formulación diferente o una dosis más alta [Especifique a continuación: (1) formulaciones o dosis probadas y resultado de las pruebas de medicamentos; (2) explique la razón médica; (3) incluya el motivo por el que una administración menos frecuente con una concentración más alta no es una opción, si existe una concentración más alta].

Solicitud de excepción al nivel de la lista Especifique abajo si no lo indicó anteriormente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS del formulario: (1) medicamentos preferidos o de la lista probados y resultados de las pruebas de medicamentos; (2) en caso de resultado adverso, indique los medicamentos y los resultados adversos para cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico/medicamento menos eficaz que el medicamento solicitado, indique la duración y la dosis máxima del tratamiento para cada medicamento probado; (4) en caso de contraindicaciones, indique el motivo específico por el que los medicamentos preferidos/otros medicamentos de la lista están contraindicados].

Otro (explique abajo)

Explicación requerida _____

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-222-6700 (TTY 711), 8 a.m. – 8 p.m., local time, 7 days a week. Our automated phone system may answer your call during weekends from April 1–September 30. Messaging service used weekends, after hours, and Federal holidays. Cigna complies with applicable Federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-222-6700 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático conteste su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring Rx (PDP) es un Plan de medicamentos recetados de Medicare (PDP) con contrato Medicare. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato. © 2020 Cigna. Parte del contenido puede estar suministrado bajo licencia.