

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA
PARA MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE**

Debe enviarnos este formulario por correo o fax usando la información a continuación:

Dirección:
Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Part D Coverage Determinations
Pharmacy Department
4750 S. 44th Place, Suite 150
Phoenix, AZ 85040-4015

Número de fax:
1-844-814-2260

También podrá solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al **1-844-362-0934** o a través de nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/NJDSNP**.

Quién puede realizar una solicitud: La persona autorizada a dar recetas puede solicitar una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar a un representante.

Información del miembro inscrito

Nombre del miembro inscrito		Fecha de nacimiento
Dirección del miembro inscrito		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Número de identificación de miembro del inscrito	

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el miembro inscrito ni la persona autorizada a dar recetas:

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

Documentación de representación para solicitudes realizadas por un tercero que no es el miembro inscrito ni la persona autorizada a dar recetas del miembro inscrito:

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al miembro inscrito (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare (TTY: 1-877-486-2048), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no aparece en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).*
- He estado tomando un medicamento que, anteriormente, estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que lo quitarán o se quitó de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que me recetó la persona autorizada a dar recetas.*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó la persona autorizada a dar recetas (excepción al formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan sobre la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad de píldoras que me recetó la persona autorizada a dar recetas (excepción al formulario).*
- Quiero que me reembolsen por un medicamento con receta cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si solicita una excepción al formulario, la persona autorizada a dar recetas DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de administración de uso) pueden requerir información de respaldo. La persona autorizada a dar recetas puede utilizar la “Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa” adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte todos los documentos de respaldo*):

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o la persona autorizada a dar recetas creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, pueden solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona autorizada a dar recetas indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le daremos una decisión dentro de las 24 horas de manera automática. Si no obtiene el respaldo de la persona autorizada a dar recetas para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas, a esta solicitud).

Firma:

Fecha:

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL FORMULARIO no pueden procesarse sin una declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que aplicar el plazo de revisión estándar de 72 horas podría poner en grave riesgo la vida o salud del miembro inscrito o su capacidad de función máxima.

Información de la persona autorizada a dar recetas

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono del consultorio

Fax

Firma de la persona autorizada a dar recetas

Fecha

Diagnóstico e información médica

Medicamento:

Concentración y forma de administración:

Frecuencia:

Fecha de inicio:

 NUEVO INICIO

Duración esperada del tratamiento:

Cantidad: Durante 30 días

Altura/peso:

Alergias a medicamentos:

DIAGNÓSTICO: Indique todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes.

(Si la afección 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).

Códigos ICD-10

Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:

Códigos ICD-10

ANTECEDENTES DE USO DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las afecciones que requieren el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS
(Si el límite de cantidad es un problema, indique monodosis/dosis diaria total probada)

FECHAS de pruebas de medicamentos

RESULTADOS de pruebas de medicamentos anteriores FRACASO vs. INTOLERANCIA (explique)

¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del miembro inscrito para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿Hay alguna **CONTRAINDICACIÓN SEÑALADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FDA)** para el medicamento solicitado? SÍ NO

¿Hay alguna inquietud por una **INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS** con la incorporación del medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del miembro inscrito? SÍ NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente es SÍ, 1) explique el problema; 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la inquietud observada; y 3) realice un plan de seguimiento para garantizar la seguridad.

ADMINISTRACIÓN DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Si el miembro inscrito tiene más de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente de edad avanzada? SÍ NO

OPIOIDES: (Complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opiáceo)

¿Cuál es la dosis equivalente de morfina (MED) diaria acumulada? mg/día

¿Conoce a otras personas autorizadas a dar recetas de opiáceos para este miembro inscrito? SÍ NO
Si la respuesta es Sí, explique.

¿La dosis MED diaria indicada es médicamente necesaria? SÍ NO

¿Una dosis MED diaria total más baja sería suficiente para controlar el dolor del miembro inscrito? SÍ NO

JUSTIFICACIÓN PARA LA SOLICITUD

Medicamento(s) alternativo(s) contraindicado(s) o probado(s) previamente, pero con resultados adversos; p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico [Especifique a continuación si no se indica en la sección ANTECEDENTES DE USO DE MEDICAMENTOS anterior en el formulario: (1) Medicamento(s) probado(s) y resultados de las pruebas de medicamentos, (2) si el resultado es adverso, indique los medicamentos y el resultado adverso de cada uno, (3) en caso de fracaso terapéutico, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento con el/los medicamento(s) probado(s), (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la cual el/los medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del formulario está(n) contraindicado(s)]

El paciente está estable con el/los medicamento(s) actual(es); alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con el cambio de medicación Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y de por qué se esperaría un resultado adverso significativo; por ejemplo, ha sido difícil controlar la afección (se probaron muchos medicamentos, se necesitan varios medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no fue controlada previamente (p. ej., hospitalización o consultas médicas frecuentes para casos agudos, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

Necesidad médica de una forma de dosificación diferente o una dosis más alta [Especifique a continuación: (1) Forma(s) de dosificación o dosis probada(s) y resultado de la(s) prueba(s) de medicamentos; (2) explique la razón médica; (3) incluya por qué una dosis menos frecuente con una concentración mayor no es una opción, si existe una concentración mayor]

Otra justificación (explique a continuación)

Explicación requerida _____

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad completamente integrado con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de New Jersey. La inscripción en Aetna Assure Premier Plus depende de la renovación del contrato.

Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan.

If you speak a language other than English, free language assistance services are available. Visit our website at **AetnaMedicare.com/NJDSNP** or call **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, 8 AM to 8 PM, 7 days a week.

ESPAÑOL (SPANISH): Si habla un idioma que no sea el inglés, los servicios gratuitos de asistencia en idiomas están disponibles. Visite nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/NJDSNP** o llame al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

(CHINESE): 傳統漢語(中文)如果您講英語以外的語言,則提供免費語言援助服務。
請造訪我們的網站**AetnaMedicare.com/NJDSNP**或致電, **1-844-362-0934 (TTY:711)**,上午8時至下午8時,每週7天

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

©2020 Aetna Inc.

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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934。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 1-844-362-0934。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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934 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 1-844-362-0934. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-362-0934 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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、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、1-844-362-0934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。

Hawaiian: He kōkua māhele ‘ōlelo kā mākou i mea e pane ‘ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā‘au lapa‘au paha. I mea e loa‘a ai ke kōkua māhele ‘ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-844-362-0934. E hiki ana i kekahi mea ‘ōlelo Pelekānia/‘Ōlelo ke kōkua iā ‘oe. He pōmaika‘i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C