



Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP)

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

Utilice este formulario para solicitar una determinación de cobertura a nuestro plan.

También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono llamando al 1-866-896-1844, TTY: 711. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. También puede visitar nuestro sitio web en mmp.SuperiorHealthPlan.com. Usted, su médico, otro profesional que expide recetas o su representante autorizado pueden hacer esta solicitud.

Afiliado al plan

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

Si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado al plan o el profesional que expide recetas:

Nombre del solicitante
Relación con el afiliado al plan
Dirección (ciudad, estado y código postal)
Teléfono
☐ Envíe documentación junto con este formulario que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un formulario completo de autorización de representación CMS-1696 o un equivalente). Si desea obtener más información sobre cómo designar un representante, póngase en contacto 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 sobre el que se trata esta solicitud (incluya la información de 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
- ☐ Deseo que se me reembolse el monto pagado por medicamentos cubiertos que pagué como gasto de bolsillo
- ☐ Estoy pidiendo autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información de respaldo)

Para los tipos de solicitudes que se enumeran a continuación, el profesional que expide recetas DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud. El profesional que expide recetas puede completar las páginas 3 y 4 de este formulario, "Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa".

- ☐ Necesito un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario)
- ☐ He estado usando un medicamento que estaba en la lista de medicamentos cubiertos del plan antes, pero que ha sido o será eliminado durante el año del plan (excepción al formulario)
- ☐ Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento recetado (excepción al formulario)
- ☐ Solicito una excepción al límite del plan respecto al número de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir a fin de obtener el número de pastillas que me recetaron (excepción al formulario)
- ☐ Solicito una excepción a las reglas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de obtener un medicamento recetado (excepción al formulario).
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento recetado en comparación a lo que cobra por otros medicamentos que sirven para tratar mi condición y deseo pagar el copago más bajo (excepción de nivel)
- ☐ He estado utilizando un medicamento que previamente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero se ha movido o se moverá a un nivel de copago más alto (excepción de nivel)

Información adicional que deberíamos considerar (*adjunte cualquier documento de respaldo con este formulario*):

¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o su profesional que expide recetas considera que esperar 72 horas por una decisión estándar podría afectar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar sus capacidades al máximo, puede pedir una decisión expedita (rápida). Si su profesional que expide recetas indica que esperar 72 horas pudiera afectar gravemente su salud, automáticamente le indicaremos nuestra decisión en un lapso de 24 horas. Si usted no obtiene el apoyo del profesional que expide recetas para una decisión acelerada, nosotros decidiremos si su caso lo requiere. (Usted no puede solicitar una decisión acelerada si nos está pidiendo que le reembolsemos un medicamento que ya recibió).

- ☐ **SÍ, necesito una decisión en un plazo de 24 horas.** Si tiene una declaración de apoyo de su profesional que expide recetas, adjúntela a su solicitud.

Firma:

Fecha:

Cómo enviar este formulario

Envíe este formulario y cualquier información de respaldo por correo o fax:

Dirección:

Medicare Pharmacy Prior
Authorization Department
[P.O. Box 31397
Tampa, FL 33631-3397]

Número de fax:

[1-877-941-0480]

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa
Debe ser completado por el profesional que expide recetas

☐ **SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA:** Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que aplicar el plazo de revisión estándar de 72 horas puede poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o su capacidad para recuperar su función máxima.

Información del profesional que expide recetas

Nombre
Dirección (ciudad, estado y código postal)
Teléfono de oficina
Fax
Firma Fecha

Diagnóstico e información médica

Medicamento:	Potencia y vía de administración:
Frecuencia:	Fecha de inicio: ☐ NUEVO INICIO
Duración prevista de la terapia:	Cantidad cada 30 días:
Altura/peso:	Alergias a medicamentos:
DIAGNÓSTICO: enumere todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes (Si la condición 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 se conocen)	Códigos ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:	Códigos ICD-10

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las condiciones que requieren el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad causa algún problema, indique la dosis unitaria o la dosis diaria total probada)	FECHAS de los ensayos farmacológicos	RESULTADOS de los ensayos farmacológicos anteriores FALLO frente a INTOLERANCIA (explicar)

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del afiliado para las condiciones que requieren el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿Alguna **CONTRAINDICACIÓN INDICADA POR LA FDA** al medicamento solicitado? ☐ SÍ ☐ NO

¿Tiene alguna inquietud por una **INTERACCIÓN CON MEDICAMENTOS** al agregar el medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos del afiliado? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es sí, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación mencionada, y 3) supervise el plan para garantizar la seguridad

MANEJO DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente de edad avanzada? ☐ SÍ ☐ NO

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

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

¿Conoce a otros profesionales que expiden recetas de opioides para este afiliado? ☐ SÍ ☐ NO
Si es así, explique.

¿Se considera médicamente necesaria la dosis diaria indicada de MED? ☐ SÍ ☐ NO

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

FUNDAMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- ☐ **Medicamentos alternativos probados anteriormente, pero con resultado adverso, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico.** Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) Medicamentos probados y resultados de ensayos farmacológicos (2) si es un resultado adverso, indique los medicamentos y el resultado adverso para cada uno, (3) si es un fracaso terapéutico, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados.
- ☐ **Medicamentos alternativos contraindicados, no serían tan eficaces o probablemente causen resultados adversos.** Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan eficaces o anticiparían un resultado clínico adverso significativo y por qué este resultado sería esperado. Si tiene contraindicaciones, indique el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados
- ☐ **El paciente sufriría efectos adversos si tuviera que cumplir con el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo y anticipado, y por qué este resultado sería esperado.
- ☐ **El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con cambio en la medicación.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo y anticipado, y por qué este resultado sería esperado. Por ejemplo, la condición ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, múltiples medicamentos requeridos para controlar la condición), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la condición no se controló previamente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, derrame cerebral, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.
- ☐ **Necesidad médica de una forma de dosificación diferente o una dosificación mayor.** Especifique a continuación: (1) Formas de dosificación o dosis probadas y resultado de ensayos farmacológicos; (2) explicar el motivo médico; (3) incluir por qué una dosificación menos frecuente con una concentración más alta no es una opción, si existe una concentración más alta.
- ☐ **Solicitud de excepción de nivel y al formulario.** Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) medicamentos del formulario o preferidos probados y resultados de ensayos farmacológicos; (2) si es un resultado adverso, indique los medicamentos y el resultado adverso para cada uno, (3) si es un fracaso terapéutico/no tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados; (4) si tiene contraindicaciones, indique el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados.
- ☐ **Otro** (explicar abajo)

Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Texas Medicaid para brindarles beneficios de ambos planes a los afiliados.



English: Language assistance services, auxiliary aids and services, and other alternative formats are available to you free of charge. To obtain this, call **1-866-896-1844** (TTY: **711**).

Spanish: Contamos con servicios de asistencia lingüística, servicios y asistencia auxiliares y otros formatos alternativos para usted de forma gratuita. Para recibirlos, llame al **1-866-896-1844** (TTY: **711**).

Spanish: Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al **1-866-896-1844** (TTY: **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días festivos, es posible que se le pida que deje un mensaje. Se le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Alguien que habla español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-866-896-1844** (TTY: **711**). Giờ làm việc là từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Vào các ngày cuối tuần và ngày lễ của tiểu bang hoặc liên bang, quý vị có thể được yêu cầu để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

Chinese : 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，您僅需於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-866-896-1844** (TTY: **711**) 與我們聯絡。週末及州或聯邦假日時，可能會要求您留言。我們將在下一個工作日內回電給您。會說中文的人員可以幫助您。此為免費服務。

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우 월요일 ~ 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 **1-866-896-1844** (TTY: **711**) 번으로 당사에 연락해 주십시오. 주말 및 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 다음 영업일에 전화드리겠습니다. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Arabic: نوَقِّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، يرجى الاتصال بنا على الرقم **1-866-896-1844** (TTY: **711**) من الساعة 8 صباحاً لغاية الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. قد يُطلب منك ترك رسالة في عطلة نهاية الأسبوع وخلال إجازات الولاية أو الإجازات الفيدرالية، وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Urdu: ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوالوں کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان سروسز ہیں۔ مترجم کے لیے ہمیں صرف اس **1-866-896-1844** (TTY: **711**) نمبر پر صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک، پیر تا جمعہ کال کریں۔ اختتام ہفتہ اور ریاستی یا وفاقی تعطیلات میں، آپ کو پیغام بھیجنے کے لیے کہا جا سکتا ہے۔ آپ کی کال اگلے کاروباری دن میں واپس کی جائے گی۔ اردو بولنے والا کوئی بھی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت سروس ہے۔

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Upang makakuha ng interpreter, tumawag lang sa amin sa **1-866-896-1844** (TTY: **711**) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Para sa mga oras pagkatapos ng trabaho, Sabado at Linggo, at pista opisyal, maaaring magpaiwan sa inyo ng mensahe. May tatawag sa inyo sa susunod na araw na may pasok. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-866-896-1844** (TTY : **711**) du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h. Si vous appelez pendant les week-ends et jours fériés, vous devrez peut-être laisser un message. Nous vous rappellerons le jour ouvrable suivant. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए बस हमें **1-866-896-1844** (TTY: **711**) पर कॉल करें। कार्य समय पर सोमवार से शुक्रवार सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक। सप्ताहांत और राज्य या संघीय छुट्टियों पर, आपसे एक संदेश छोड़ने के लिए कहा जा सकता है। अगले कार्य दिवस पर आपके कॉल का जवाब दिया जाएगा। हिंदी बोलने वाला कोई भी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।



Persian/Farsi: ما برای پاسخگویی به همه پرسشهایی که ممکن است درباره طرح بهداشتی یا دارویی ما داشته باشید، خدمات ترجمه شفاهی رایگان ارائه میدهیم. برای در اختیار داشتن مترجم میتوانید دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره **1-866-896-1844 (TTY: 711)** با ما تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفتهها و روزهای تعطیل ممکن است از شما خواسته شود که پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. شخصی که به زبان فارسی صحبت میکند میتواند به شما کمک کند. این خدمات بهطور رایگان ارائه میشود.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Um einen Dolmetscher in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns von Montag bis Freitag zwischen 8 und 20 Uhr unter folgender Telefonnummer an: **1-866-896-1844 (TTY: 711)**. An Wochenenden und an Feiertagen werden Sie möglicherweise aufgefordert, eine Nachricht zu hinterlassen. Wir rufen Sie am nächsten Werktag zurück. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Gujarati: આરોગ્ય અથવા દવા સંબંધી યોજના વશિ તમને હોઈ શકે તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે દુભાષણિની મફત સેવાઓ છે. દુભાષણિ મેળવવા માટે, બસ અમને **1-866-896-1844 (TTY: 711)** પર કોલ કરો. અમારા કામકાજનો સમય સોમવારથી શુક્રવાર સુધી સવારે 8 વાગ્યાથી રાતના 8 વાગ્યા સુધીનો છે. વીકેન્ડ પર અને રાજ્યની કે સંઘીય રજાઓના દવિસે, તમને એક મેસેજ મૂકવા માટે કહેવામાં આવી શકે છે. તમારા કોલનો વળતો જવાબ કામકાજના આગલા દવિસની અંદર આપવામાં આવશે. ગુજરાતી બોલતી કોઈ વ્યક્તિમારી મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-866-896-1844 (TTY: 711)**. Часы работы: с 8 a.m. до 8 p.m. с понедельника по пятницу. В выходные и праздничные дни федерального уровня или на уровне штата вас могут попросить оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、月曜日～金曜日の午前8時～午後8時に、**1-866-896-1844 (TTY: 711)** までお電話ください。週末、祝日は、留守番電話にメッセージを残す必要がある場合があります。その場合は、次の営業日に折り返しお電話いたします。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。



Laotian: ພວກເຮົາມີບໍລິການແປພາສາຟຣີເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ຫາກຕ້ອງການຄົ້ນແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-866-896-1844** (TTY: **711**) ເລີຍແຕ່ 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ, ວັນຈັນຫາວັນສຸກ. ຫຼັງຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ, ໃນທ້າຍອາທິດ ແລະ ໃນວັນພັກ, ທ່ານອາດຈະຖືກບອກໃຫ້ຝາກຂໍຄວາມໄວ້. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການໂທກັບພາຍໃນໃນມື້ເຮັດວຽກທັດໄປ. ຈະມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍ ທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero **1-866-896-1844** (TTY: **711**) dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Nei fine settimana e nei giorni festivi statali o federali potrebbe essere necessario lasciare un messaggio. La ricontatteremo entro il giorno lavorativo successivo. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-866-896-1844** (TTY: **711**). O serviço está disponível de segunda-feira a sexta-feira, das 8:00 às 20:00. Se ligar ao fim de semana ou num feriado, poderá ter de deixar mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, senpleman rele nou nan **1-866-896-1844** (TTY: **711**) soti 8è a.m. rive 8è p.m., Lendi pou Vandredi. Aprè lè biwo yo fèmen, nan wikenn ak pandan jou ferye, yo gendwa mande w pou ou kite yon mesaj. Y ap tounen rele w pwochen jou biwo yo louvri a. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen kapab ede w. Se yon sèvis gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-866-896-1844** (telefon tekstowy (TTY): **711**) w godzinach od 8:00 do 20:00, od poniedziałku do piątku. W weekendy i święta konieczne może być pozostawienie wiadomości. Oddzwonimy w następnym dniu roboczym. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.
