SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA PARA MEDICAMENTOS DE MEDICARE

Use este formulario para solicitar a nuestro plan una determinación de cobertura. También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono llamando al **1-855-463-0933 (TTY: 711)** o a través de nuestro sitio web en http://aetnabetterhealth.com/Virginia-hmosnp. Usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas, o su representante autorizado pueden hacer esta solicitud.

Miembro inscrito en el plan

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad
Estado	CÓDIGO POSTAL
Teléfono	N.º de identificación de miembro

Si la persona que hace esta solicitud no es el miembro inscrito en el plan o la persona autorizada a dar recetas:

Nombre del solicitante
Relación con el miembro inscrito en el plan
Dirección (incluya ciudad, estado y código postal)
Teléfono
☐ Envíe la documentación con este formulario que demuestre su autoridad para representar al miembro inscrito (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o uno equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese 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 al que se refiere esta solicitud (incluya información sobre la dosis y la cantidad, si está disponible)

Tipo de solicitud

☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto del que debería por un medicamento.

☐ Quiero que me reembolsen un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo.

☐ Solicito autorización previa para un medicamento con receta (esta solicitud puede requerir información de respaldo).

Para los tipos de solicitudes que se enumeran a continuación, su médico DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud. La persona autorizada a dar 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 está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).

☐ He estado usando un medicamento que antes estaba en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se ha eliminado o se eliminará durante el año del plan (excepción al formulario).

☐ Estoy solicitando una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener un medicamento con receta (excepción al formulario).

☐ Estoy solicitando una excepción al límite del plan en la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad de píldoras que me recetaron (excepción al formulario).

☐ Estoy solicitando una excepción a las normas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de obtener un medicamento con receta (excepción al formulario).

☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por un medicamento con receta que por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).

☐ He estado usando un medicamento que antes estaba en un nivel de copago más bajo, pero que ha sido trasladado o será trasladado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).

Información adicional que debemos tener en cuenta *(envíe cualquier documento de respaldo con este formulario):*

_____

_____

_____

_____

¿Necesita una decisión acelerada?

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 decisión acelerada si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió).

☐ **SÍ, necesito una decisión en un plazo de 24 horas.** Si tiene una declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas, adjúntela a esa solicitud.

Firma:	**Fecha:**

Cómo enviar este formulario

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

Dirección:
Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)
Pharmacy Coverage Determination
4750 S 44th PL STE 150
Phoenix, AZ 85040-4015

Número de fax:
1-877-270-0148

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa
Debe ser completado por la persona autorizada a dar recetas

☐ **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 recobrar su función máxima.**

Información de la persona autorizada a dar recetas

Nombre	
Dirección (incluya ciudad, estado y código postal)	
Teléfono del consultorio	
Fax	
Firma	Fecha

Diagnóstico e información médica

Medicamento:	Concentración y forma de administración:
Frecuencia:	Fecha de inicio: ☐ **NUEVO INICIO**
Duración esperada del tratamiento:	Cantidad para 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 ensayos 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** al agregar el medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del miembro inscrito? ☐ **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 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: (Responda estas 4 preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)
¿Cuál es la dosis equivalente de morfina **(MED)** diaria acumulada? **mg/día**
¿Conoce a otras personas autorizadas a dar recetas de opioides 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) probado(s) previamente, pero con resultados adversos; p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** [Si no se indica en la sección ANTECEDENTES DE

USO DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) Medicamento(s) probado(s) y resultados de la(s) prueba(s) de medicamentos, (2) si el resultado es adverso, indique el/los medicamento(s) 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)]

☐**El/Los medicamento(s) alternativo(s) contraindicado(s) no sería(n) tan eficaz(ces) ni tendría(n) probabilidades de causar resultados adversos.** Se requiere una explicación específica de por qué el/los medicamento(s) alternativo(s) no sería(n) tan eficaz(ces) o de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y de por qué se esperaría un resultado adverso significativo. Si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la que el/los medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del formulario está(n) contraindicado(s).

☐ **El paciente sufriría efectos adversos si se le exigiera que cumpliera con el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y de por qué se esperaría este resultado.

☐ **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 este resultado; 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.]

☐ **Solicitud de excepción al nivel del formulario** Si no se indica en la sección ANTECEDENTES DE USO DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) Medicamento(s) del formulario o preferido(s) probados y resultados de la(s) prueba(s) de medicamentos, (2) enumere el/los medicamento(s) y los resultados adversos de cada uno, (3) en caso de fracaso terapéutico/de que no sea tan eficaz como el medicamento solicitado, indique dosis máxima y duración del tratamiento con el/los medicamento(s) probado(s), (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la que el/los medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del formulario está(n) contraindicado(s).]

☐ **Otro** (explique a continuación)

_____

_____

_____

_____

_____

Aetna® Medicare FIDE (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que combina su cobertura de Medicare y Medicaid en un solo plan.

©2025 Aetna Inc.

H1610_NR_6237450_2026_SP_C

Notice of Availability

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call the number on this document. (English)

የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በዚህ ሰነድ ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على هذا المستند. (Arabic)

如欲使用免費語言服務，請致電本文件上的電話號碼。(Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, veuillez composer le numéro sur ce document. (French)

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele nimewo ki sou dokiman sa a. (French Creole)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf diesem Dokument an. (German)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, इस दस्तावेज़ पर दिये नंबर पर कॉल करें। (Hindi)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero indicato su questo documento. (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、本書に記載の番号にお電話ください。(Japanese)

무료 언어 서비스를 이용하려면 본 서류에 기재되어 있는 번호로 전화해 주십시오. (Korean)

برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی این نوشته تماس بگیرید. (Farsi)

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, proszę zadzwonoć numer telefonu w tym dokumencie. (Polish)

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para o número que consta neste documento. (Portuguese)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, номер которого приведен в этом документе. (Russian)

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al número que figura en este documento. (Spanish)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tawagan ang numero sa dokumentong ito. (Tagalog)

Notice of Availability

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số điện thoại ghi trên tài liệu này. (Vietnamese)

بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، اس دستاویز پر درج نمبرپر بات کریں. (Urdu)

برای دسترسی به خدمات زبان بدون هیچ هزینه ای برای شما، با شماره این سند تماس بگیرید. (Dari)

మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునేందుకు, ఈ ప్రతంపె ఉన్న నంబరుకు కాల్ చేయండి. (Telugu)

Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n’efu, kpọọ nọmba no na dọkụment a. (Ibo)

निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न आफ्नो परिचय पत्रमा भएको नम्बरमा टेलिफोन गर्नुहोस्। (Nepali)

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে এই নথিতে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন। (Bengali)

د ژبې خدمتونو ته د لاسرسی لپاره پرته له کوم لګښت څخه په دې سند کې شمیرې ته زنګ ووهئ. (Pashto)

H1610_2025_V3