

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

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

También puede solicitar una determinación de la cobertura por teléfono de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana llamando a Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP al 877-874-3930, TTY 711, o también a Banner Medicare Advantage Prime HMO al 844-549-1857, TTY 711. También nos puede contactar a través de nuestro sitio web www.BannerHealth.com/MA. Usted, su doctor, su prescriptor o su representante autorizado pueden realizar esta solicitud.

Persona inscrita en el plan

Nombre	Fecha de Nacimiento
Dirección	Ciudad
Estado	Código Postal
Teléfono	No. de Identificación (ID) de miembro

Si la persona que realiza esta solicitud no es el inscrito al plan o el prescriptor:

Nombre del solicitante
Relación con el inscrito
Dirección (incluya Ciudad, Estado, y Código Postal)
Teléfono
<input type="checkbox"/> Presente documentación junto con este formulario que acredite la facultad de representar al afiliado (Formulario CMS-1696 de Autorización de Representación completo o un documento equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar 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 sobre el que se trata 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 de lo que debería por un medicamento
- Deseo recibir un reembolso por un medicamento cubierto que ya pagué directamente de mi bolsillo

Solicito autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información de respaldo)

Para los tipos de solicitudes listados a continuación, su prescriptor DEBE presentar una declaración que respalde la solicitud. Su prescriptor 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 fue eliminado o será eliminado durante el año del plan (excepción al formulario)

Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener un medicamento recetado (excepción al formulario)

Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de píldoras (límite en la cantidad) que puedo obtener para poder obtener la cantidad de píldoras 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 un medicamento recetado que lo 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 antes estaba en un nivel de copago más bajo, pero que ha sido o será trasladado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel)

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

¿Necesita una decisión rápida?

Si usted o su prescriptor consideran que esperar 72 horas por 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 prescriptor indica que esperar 72 horas podría dañar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 24 horas. Si no obtiene el respaldo de su prescriptor para una solicitud rápida, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión rápida si nos está pidiendo el reembolso por un medicamento que ya recibió.)

SÍ, necesito una decisión en un plazo de 24 horas. Si cuenta con una declaración de respaldo de su prescriptor, adjúntela a esta solicitud.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

Cómo enviar este formulario

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

Dirección:

Banner Medicare Advantage
5255 E Williams Circle, Ste 2050
Tucson, AZ 85711

Número de Fax:

866-873-0029

**Supporting Information for an Exception Request or Prior Authorization
To be completed by the prescriber**

REQUEST FOR EXPEDITED REVIEW: By checking this box and signing below, I certify that applying the 72 hour standard review timeframe may seriously jeopardize the life or health of the enrollee or the enrollee's ability to regain maximum function.

Prescriber Information

Name	
Street Address (Include City, State and ZIP)	
Office phone	
Fax	
Signature	Date

Diagnosis and Medical Information

Medication:	Strength and route of administration:
frequency:	Date started: <input type="checkbox"/> NEW START
Expected length of therapy:	Quantity per 30 days:
Height/Weight:	Drug allergies:
DIAGNOSIS – Please list all diagnoses being treated with the requested drug and corresponding ICD-10 codes (If the condition being treated with the requested drug is a symptom e.g. anorexia, weight loss, shortness of breath, chest pain, nausea, etc., provide the diagnosis causing the symptom(s) if known)	ICD-10 Code(s)
Other RELEVANT DIAGNOSES:	ICD-10 Code(s)

DRUG HISTORY: (for treatment of the condition(s) requiring the requested drug)

DRUGS TRIED (if quantity limit is an issue, list unit dose/total daily dose tried)	DATES of Drug Trials	RESULTS of previous drug trials FAILURE vs INTOLERANCE (explain)

What is the enrollee's current drug regimen for the condition(s) requiring the requested drug?

DRUG SAFETY

Any **FDA NOTED CONTRAINDICATIONS** to the requested drug? YES NO

Any concern for a **DRUG INTERACTION** when adding the requested drug to the enrollee's current drug regimen? YES NO

If the answer to either of the questions above is yes, please 1) explain issue, 2) discuss the benefits vs potential risks despite the noted concern, and 3) monitoring plan to ensure safety

HIGH RISK MANAGEMENT OF DRUGS IN THE ELDERLY

If the enrollee is over the age of 65, do you feel that the benefits of treatment with the requested drug outweigh the potential risks in this elderly patient? YES NO

OPIOIDS – (answer these 4 questions if the requested drug is an opioid)

What is the daily cumulative Morphine Equivalent Dose (**MED**)? mg/day

Are you aware of other opioid prescribers for this enrollee?
If so, please explain. YES NO

Is the stated daily MED dose noted medically necessary? YES NO

Would a lower total daily MED dose be insufficient to control the enrollee's pain? YES NO

RATIONALE FOR REQUEST

Alternate drug(s) previously tried, but with adverse outcome, e.g. toxicity, allergy, or therapeutic failure [If not noted in the DRUG HISTORY section, specify below: (1) Drug(s) tried and results of drug trial(s) (2) if adverse outcome, list drug(s) and adverse outcome for each, (3) if therapeutic failure, list maximum dose and length of therapy for drug(s) trialed]

Alternative drug(s) contraindicated, would not be as effective or likely to cause adverse outcome. A specific explanation why alternative drug(s) would not be as effective or anticipated significant adverse clinical outcome and why this outcome would be expected is required. If contraindication(s), list specific reason why preferred drug(s)/other formulary drug(s) are contraindicated

Patient would suffer adverse effects if he or she were required to satisfy the prior authorization requirement. A specific explanation of any anticipated significant adverse clinical outcome and why this outcome would be expected is required.

Patient is stable on current drug(s); high risk of significant adverse clinical outcome with medication change A specific explanation of any anticipated significant adverse clinical outcome and why this outcome would be expected is required – e.g. the condition has been difficult to control (many drugs tried, multiple drugs required to control condition), the patient had a significant adverse outcome when the condition was not controlled previously (e.g. hospitalization or frequent acute medical visits, heart attack, stroke, falls, significant limitation of functional status, undue pain and suffering), etc.

Medical need for different dosage form and/or higher dosage [Specify below: (1) Dosage form(s) and/or dosage(s) tried and outcome of drug trial(s); (2) explain medical reason (3) include why less frequent dosing with a higher strength is not an option – if a higher strength exists]

Request for formulary tier exception If not noted in the DRUG HISTORY section, specify below: (1) formulary or preferred drug(s) tried and results of drug trial(s) (2) if adverse outcome, list drug(s) and

adverse outcome for each, (3) if therapeutic failure/not as effective as requested drug, list maximum dose and length of therapy for drug(s) trialed, (4) if contraindication(s), list specific reason why preferred drug(s)/other formulary drug(s) are contraindicated]

Other (explain below)
