



PEDIDO DE DETERMINAÇÃO DE COBERTURA DE RECEITAS MÉDICAS MEDICARE

Este formulário pode ser enviado por correio ou fax:

Morada:

CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions
PO BOX 52000, MC109
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax:

1-855-829-2875

Também pode solicitar a determinação de cobertura pelo telefone através do 1-844-812-6896, TTY: 711, das 8:00 a.m. às 8:00 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, pode contactar-nos das 8:00 a.m. às 8:00 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais) ou através do nosso website em www.nhpri.org/DualCONNECT.

Quem pode efetuar um pedido: O seu médico pode solicitar a determinação de cobertura em seu nome. Caso pretenda que outra pessoa (por exemplo, um membro da família ou amigo) efetue um pedido por si, essa pessoa tem de ser o seu representante. Contacte-nos para saber como nomear um representante.

Informações da pessoa inscrita

Nome da pessoa inscrita _____ Data de nascimento _____

Morada da pessoa inscrita _____

Cidade _____ Estado _____ Código postal _____

Telefone _____ N.º ID de membro da pessoa inscrita _____

Preencher a secção seguinte APENAS caso a pessoa que está a efetuar este pedido não seja a pessoa inscrita ou o médico:

Nome do requerente _____

Relação entre o requerente e a pessoa inscrita _____

Morada _____

Cidade _____ Estado _____ Código postal _____

Telefone _____

Documentação de representação para pedidos efetuados por pessoas que não sejam a pessoa inscrita ou o médico da pessoa inscrita:

Anexar documentação comprovativa da autoridade para representação da pessoa inscrita (um Formulário de autorização de representação CMS-1696 preenchido ou equivalente por escrito). Para obter mais informações sobre como nomear um representante, contacte o seu plano ou 1-800-Medicare, TTY: 1-877-486-2048, 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Nome do medicamento prescrito que está a solicitar (se conhecidas, incluir a concentração e a quantidade solicitada por mês):

Tipo de Pedido de determinação de cobertura

- Necessito de um medicamento que não se encontra na lista de medicamentos cobertos pelo plano (exceção de farmacopeia).*
- Tenho tomado um medicamento que estava anteriormente incluído na lista de medicamentos cobertos pelo plano, mas que será retirado ou foi retirado desta lista durante o ano do plano (exceção de farmacopeia).*
- Estou a solicitar autorização prévia para o medicamento que o meu médico receitou.*
- Estou a solicitar uma exceção para o requisito de tomar outro medicamento antes de obter o medicamento que o meu médico receitou (exceção de farmacopeia).*
- Estou a solicitar uma exceção ao limite do plano para o número de comprimidos (limite de quantidade) que posso receber para poder obter o número de comprimidos que o meu médico receitou (exceção de farmacopeia).*
- O meu plano de medicação cobra um pagamento conjunto superior para o medicamento que o meu médico receitou do que para outro medicamento que trata o meu problema de saúde e pretendo pagar o pagamento conjunto mais baixo (exceção de escalão).*
- Tenho tomado um medicamento que estava anteriormente incluído num escalão de pagamento conjunto inferior, mas que está a ser movido ou foi movido para um escalão de pagamento conjunto superior (exceção de escalão).*
- O meu plano de medicação cobrou um pagamento conjunto superior para um medicamento do que deveria.
- Pretendo ser reembolsado por um medicamento prescrito coberto que paguei do meu bolso.

***NOTA: Caso esteja a solicitar uma exceção de farmacopeia ou escalão, o seu médico TEM de fornecer uma declaração de apoio ao seu pedido. Os pedidos que estão sujeitos a autorização prévia (ou qualquer outro requisito de gestão de utilização), podem exigir informações de suporte. O seu médico pode utilizar o anexo “Informações de suporte para um Pedido de exceção ou Autorização prévia” para apoiar o seu pedido.**

Informações adicionais que devemos ter em consideração (*anexar documentos de apoio*):

Nota importante: Decisões rápidas

Caso você ou o seu médico considerarem que aguardar 72 horas por uma decisão normal poderia prejudicar gravemente a sua vida, saúde ou capacidade de recuperar o máximo das suas capacidades, pode solicitar uma decisão rápida (célere). Caso o seu médico indique que aguardar 72 horas poderia prejudicar gravemente a sua saúde, iremos dar-lhe automaticamente uma decisão no espaço de 24 horas. Caso não obtenha o apoio do seu médico para um pedido rápido, iremos decidir se o seu caso requer uma decisão rápida. Não pode solicitar uma determinação de cobertura rápida caso nos esteja a solicitar um reembolso por um medicamento que já recebeu.

- ASSINALE ESTA CAIXA CASO CONSIDERE QUE NECESSITA DE UMA DECISÃO NO ESPAÇO DE 24 HORAS (caso disponha de uma declaração de suporte do seu médico, anexe-a a este pedido).**

Assinatura:	Data:
--------------------	--------------

Informações de suporte para um Pedido de exceção ou Autorização prévia

Os pedidos de EXCEÇÃO DE FARMACOPEIA e ESCALÃO não podem ser processados sem uma declaração de apoio do médico. Os pedidos de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA podem precisar de informações de suporte.

- PEDIDO PARA UMA REVISÃO RÁPIDA:** Ao assinalar esta caixa e assinar abaixo, certifico que aplicar o prazo de revisão normal de 72 horas pode prejudicar gravemente a vida ou saúde da pessoa inscrita ou a capacidade da pessoa inscrita para recuperar o máximo das capacidades.

Informações do médico	
Nome _____	
Morada _____	
Cidade _____	Estado _____ Código postal _____
Telefone do gabinete _____	Fax _____
Assinatura do médico _____	Data _____

Informações médicas e de diagnóstico		
Medicação:	Concentração e via de administração:	Frequência:
Data de início: <input type="checkbox"/> NOVO INÍCIO	Duração esperada da terapia:	Quantidade por 30 dias:
Altura/peso:	Alergias a medicação:	
DIAGNÓSTICO - Liste todos os diagnósticos que são tratados com o medicamento solicitado e códigos ICD-10 correspondentes. (Se a doença a tratar com o medicamento solicitado for um sintoma, por exemplo anorexia, perda de peso, falta de ar, dor torácica, náuseas, etc., indique o diagnóstico que provoca o(s) sintoma(s) caso seja conhecido)		Código(s) ICD-10
Outros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Código(s) ICD-10
HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO: (para tratamento da(s) doença(s) que exige(m) o medicamento solicitado)		
MEDICAMENTOS TESTADOS (se o limite de quantidade for um problema, indicar a dose unitária/dose diária total testada)	DATAS de Ensaios de Medicação	RESULTADOS de ensaios de medicação anteriores FALHA vs INTOLERÂNCIA (explicar)

Qual é o atual regime de tratamento da pessoa inscrita para a(s) doença(s) que exigem o medicamento solicitado?

SEGURANÇA DO MEDICAMENTO

Alguma **CONTRAINDICAÇÃO APONTADA PELA FDA** para o medicamento solicitado? SIM NÃO

Alguma preocupação de **INTERAÇÃO DE MEDICAMENTOS** com a adição do medicamento solicitado ao regime de tratamento atual da pessoa inscrita? SIM NÃO

Caso a resposta a qualquer uma das questões acima seja afirmativa, 1) explique o problema, 2) debata as vantagens vs potenciais riscos apesar da preocupação indicada e 3) monitorizar o plano para garantir a segurança

GESTÃO DE MEDICAÇÃO DE RISCO ELEVADO PARA IDOSOS

Caso a pessoa inscrita tenha mais de 65 anos, considera que as vantagens do tratamento com o medicamento solicitado ultrapassam os potenciais riscos neste paciente idoso? SIM NÃO

OPIÓIDES - (preencha as seguintes questões caso o medicamento solicitado seja um opióide)

Qual é a Dose Equivalente de Morfina (**MED**) cumulativa diária?

mg/dia

Tem conhecimento de outros médicos terem receitado opióides para esta pessoa inscrita? SIM NÃO
Em caso afirmativo, explique.

A dose MED diária indicada é considerada necessária clinicamente? SIM NÃO

Uma dose MED diária total inferior seria insuficiente para controlar a dor da pessoa inscrita? SIM NÃO

FUNDAMENTAÇÃO PARA O PEDIDO

- Medicamento ou medicamentos alternativos contraindicados ou anteriormente testados, porém com efeitos adversos, por exemplo, toxicidade, alergia ou falha terapêutica**
[Especificar abaixo caso ainda não tenha sido indicado na secção HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO anteriormente neste formulário: (1) Medicamentos testados e resultados dos ensaios de medicamentos (2) em caso de efeitos adversos, listar os medicamentos e efeitos adversos para cada um, (3) em caso de falha terapêutica, listar a dose máxima e duração da terapia dos medicamentos testados, (4) em caso de contraindicações, listar o motivo em específico pelo qual os medicamentos preferidos/outros medicamentos da farmacopeia são contraindicados
- O paciente está estável com a medicação atual; elevado risco de resultado clínico adverso significativo com a alteração da medicação** Uma explicação específica de qualquer resultado clínico adverso significativo antecipado e o motivo pelo qual um resultado adverso significativo seria esperado é necessária - por exemplo, a doença tem sido difícil de controlar (vários medicamentos testados, vários medicamentos necessários para controlar a doença), o paciente teve um resultado adverso significativo quando a doença não foi controlada anteriormente (por exemplo hospitalização ou visitas médicas graves frequentes, ataque cardíaco, enfarte, quedas, limitação significativa do estado funcional, dor e sofrimento excessivos), etc.
- Necessidade médica de uma forma de dosagem diferente e/ou dosagem superior**
[Especificar abaixo: (1) Forma(s) de dosagem e/ou dosagem(ns) testadas e resultado dos ensaios de medicação; (2) explique o motivo médico (3) inclua porque uma dose menos

frequente e com uma concentração superior não é uma opção - caso exista uma concentração superior]

- Pedido de exceção de escalão de farmacoopia** [Especificar abaixo caso não tenha sido indicado na secção HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO anteriormente neste formulário: (1) medicamentos preferidos ou de farmacoopia testados e resultados dos ensaios de medicamentos (2) em caso de efeitos adversos, listar os medicamentos e efeitos adversos para cada um, (3) em caso de falha terapêutica/não ser tão eficaz como o medicamento solicitado, listar a dose máxima e duração da terapia dos medicamentos testados, (4) em caso de contraindicações, listar o motivo em específico pelo qual os medicamentos preferidos/outras medicamentos da farmacoopia são contraindicados]
- Outros** (explicar abaixo)

Explicação necessária: _____

O Dual CONNECT (HMO D-SNP) do Neighborhood Health Plan of Rhode Island é um plano de saúde que tem contrato com o Medicare e o Medicaid Program de Rhode Island. A inscrição no plano Dual CONNECT do Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende da renovação do contrato.