



## 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  
P.O. Box 52000, MC109  
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax:

1-855-633-7673

Também pode solicitar a determinação de cobertura pelo telefone através do 1-855-344-0930, TTY: 711, 24 horas por dia, sete dias por semana ou através do nosso website em [www.commonwealthcarealliance.org/ma](http://www.commonwealthcarealliance.org/ma)

**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:<br><input type="checkbox"/> <b>NOVO INÍCIO</b>   | Duração esperada da terapia:         | Quantidade por 30 dias:   |
| Altura/peso:   | Alergias a medicação:                |   |
| <b>DIAGNÓSTICO - Liste todos os diagnósticos que são tratados com o medicamento solicitado e códigos ICD-10 correspondentes.</b><br>(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) |                                      | <b>Código(s) ICD-10</b>   |
| <b>Outros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:</b>   |                                      | <b>Código(s) ICD-10</b>   |
| <b>HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO:</b> (para tratamento da(s) doença(s) que exige(m) o medicamento solicitado)   |                                      |   |
| <b>MEDICAMENTOS TESTADOS</b><br>(se o limite de quantidade for um problema, indicar a dose unitária/dose diária total testada)   | <b>DATAS de Ensaios de Medicação</b> | <b>RESULTADOS de ensaios de medicação anteriores FALHA vs INTOLERÂNCIA (explicar)</b> |
|  |                                      |   |
|  |                                      |   |
|  |                                      |   |
|  |                                      |   |

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 farmacopeia** [Especificar abaixo caso não tenha sido indicado na secção HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO anteriormente neste formulário: (1) medicamentos preferidos ou de farmacopeia 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/outros medicamentos da farmacopeia são contraindicados]

**Outros** (explicar abaixo)

**Explicação necessária:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CCA One Care (Medicare-Medicaid) é um plano de saúde que contrata com Medicare e MassHealth para proporcionar benefícios de ambos os programas de inscrição. A inscrição depende da renovação do contrato.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 833-251-9739 (TTY 711).

Pode obter este documento gratuitamente noutros formatos – por exemplo, em impressão de grande formato, braille ou áudio. Ligue para o número 833-251-9739 (TTY 711), 24 horas por dia, sete dias por semana. A chamada é gratuita.