



REQUEST FOR MEDICARE PRESCRIPTION DRUG COVERAGE DETERMINATION

This form may be sent to us by mail or fax:

Address:
Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan)
Medicare Prior Authorization Review
PO Box 47686
San Antonio, TX 78265-8686

Fax Number:
1-844-494-8342

You may also ask us for a coverage determination by phone at 1-833-293-0661 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, the call is free, or through our website at www.myamerigroup.com/TXmmp. For additional information, you may also call the STAR+PLUS Help Line at 1-877-782-6440, Monday through Friday from 8 a.m. to 6 p.m. Central time. TTY users should call 711 or 1-800-735-2989.

Who May Make a Request: Your prescriber may ask us for a coverage determination on your behalf. If you want another individual (such as a family member or friend) to make a request for you, that individual must be your representative. Contact us to learn how to name a representative.

Enrollee's Information

Enrollee's Name		Date of Birth
Enrollee's Address		
City	State	Zip Code
Phone	Enrollee's Member ID #	

Complete the following section ONLY if the person making this request is not the enrollee or prescriber:

Requestor's Name		
Requestor's Relationship to Enrollee		
Address		
City	State	Zip Code
Phone		

Representation documentation for requests made by someone other than enrollee or the enrollee's prescriber:

Attach documentation showing the authority to represent the enrollee (a completed Authorization of Representation Form CMS-1696 or a written equivalent). For more

information on appointing a representative, contact your plan or 1-800-MEDICARE
24 hours a day/7 days a week.

Name of prescription drug you are requesting (if known, include strength and quantity requested per month):

Type of Coverage Determination Request

- I need a drug that is not on the plan’s list of covered drugs (formulary exception). *
- I have been using a drug that was previously included on the plan’s list of covered drugs, but is being removed or was removed from this list during the plan year (formulary exception). *
- I request prior authorization for the drug my prescriber has prescribed. *
- I request an exception to the requirement that I try another drug before I get the drug my prescriber prescribed (formulary exception). *
- I request an exception to the plan’s limit on the number of pills (quantity limit) I can receive so that I can get the number of pills my prescriber prescribed (formulary exception). *
- My drug plan charges a higher copayment for the drug my prescriber prescribed than it charges for another drug that treats my condition, and I want to pay the lower copayment (tiering exception). *
- I have been using a drug that was previously included on a lower copayment tier, but is being moved to or was moved to a higher copayment tier (tiering exception). *
- My drug plan charged me a higher copayment for a drug than it should have.
- I want to be reimbursed for a covered prescription drug that I paid for out of pocket.

***NOTE: If you are asking for a formulary or tiering exception, your prescriber MUST provide a statement supporting your request. Requests that are subject to prior authorization (or any other utilization management requirement), may require supporting information. Your prescriber may use the attached “Supporting Information for an Exception Request or Prior Authorization” to support your request.**

Additional information we should consider (*attach any supporting documents*):

Important Note: Expedited Decisions

If you or your prescriber believe that waiting 72 hours for a standard decision could seriously harm your life, health, or ability to regain maximum function, you can ask for an expedited (fast) decision. If your prescriber indicates that waiting 72 hours could seriously harm your health, we will

automatically give you a decision within 24 hours. If you do not obtain your prescriber's support for an expedited request, we will decide if your case requires a fast decision. You cannot request an expedited coverage determination if you are asking us to pay you back for a drug you already received.

CHECK THIS BOX IF YOU BELIEVE YOU NEED A DECISION WITHIN 24 HOURS (if you have a supporting statement from your prescriber, attach it to this request).

Signature:	Date:
-------------------	--------------

Supporting Information for an Exception Request or Prior Authorization

FORMULARY and TIERING EXCEPTION requests cannot be processed without a prescriber's supporting statement. PRIOR AUTHORIZATION requests may require supporting information.

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's Information			
Name			
Address			
City	State	Zip Code	
Office Phone		Fax	
Prescriber's 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** with the addition of the requested drug to the enrollee's current drug regimen? YES NO

If the answer to either of the questions noted above is yes, please 1) explain issue, 2) discuss the benefits vs potential risks despite the noted concern, and 3) explain 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 – (please complete the following 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? YES NO
If so, please explain.

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) contraindicated or previously tried, but with adverse outcome, e.g. toxicity, allergy, or therapeutic failure Specify below if not already noted in the DRUG HISTORY section earlier on the form: (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, (4) if contraindication(s), please list specific reason why preferred drug(s)/other formulary drug(s) are contraindicated

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 a significant adverse 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 Specify below if not noted in the DRUG HISTORY section earlier on the form: (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), please list specific reason why preferred drug(s)/other formulary drug(s) are contraindicated

Other (explain below)

Required Explanation _____

Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan) is a health plan that contracts with both Medicare and Texas Medicaid to provide benefits of both programs to enrollees.

Enclosed: 1557 Notice



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo o fax:

Dirección: Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan) Medicare Prior Authorization Review PO Box 47686 San Antonio, TX 78265-8686

Número de fax: 1-844-494-8342

También puede solicitarnos una determinación sobre la cobertura por teléfono al 1-833-293-0661 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (la llamada es gratuita), o a través de nuestro sitio web, www.myamerigroup.com/TXmmp. Para obtener información adicional, también puede llamar a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al 1-800-735-2989.

Quién puede hacer una solicitud: su emisor de recetas puede solicitarnos una determinación sobre la cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (por ejemplo, un familiar o amigo) haga una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Contáctenos para saber cómo designar a un representante.

Información del inscrito

Form with fields: Nombre del inscrito, Fecha de nacimiento, Dirección del inscrito, Ciudad, Estado, Código postal, Teléfono, Número de identificación de miembro del inscrito

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace la solicitud no es el inscrito o el emisor de recetas:

Form with fields: Nombre del solicitante, Relación del solicitante con el inscrito, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal, Teléfono

Documentación de representación para solicitudes hechas por otra persona que no sea el inscrito o el emisor de recetas del inscrito:

Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al inscrito (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-MEDICARE las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Nombre del medicamento recetado que está solicitando (si lo sabe, incluya la concentración y la cantidad solicitada por mes):

Tipo de solicitud de determinación sobre la cobertura

- Necesito un medicamento que no figura en la lista de medicamentos cubiertos (excepción al formulario) del plan.*
- Estuve tomando un medicamento que anteriormente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se quitó o se quitará de la lista durante el año del plan (excepción al formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento recetado por mi emisor de recetas.*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de que obtener el medicamento recetado por el emisor de recetas (excepción al formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan sobre la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad de píldoras recetadas por mi emisor de recetas (excepción al formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento recetado que por otro medicamento recetado que trata mi afección, y quisiera pagar el copago más bajo (excepción a nivel de cobertura).*
- Estuve tomando un medicamento que anteriormente estaba en un nivel de copago más bajo, pero se trasladó o se trasladará a un nivel de copago más alto (excepción a nivel de cobertura).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago por un medicamento que es mayor que el que debería haberme cobrado.
- Quisiera recibir un reembolso por un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: si está solicitando una excepción al formulario o una excepción a nivel de cobertura, su emisor de recetas DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que estén sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de administración de la utilización) pueden requerir información de respaldo. Su emisor de recetas puede utilizar la "Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa" adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte cualquier documento de respaldo*):

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su emisor de recetas creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad de recuperar las capacidades funcionales máximas, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su emisor de recetas indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 24 horas. Si usted no cuenta con el apoyo de su emisor de recetas para una solicitud de decisión acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación sobre la cobertura acelerada si nos solicita que le hagamos el reembolso por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTE CASILLERO SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 24 HORAS (si tiene una declaración justificatoria de su emisor de recetas, adjúntela a esta solicitud).

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

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL FORMULARIO y EXCEPCIÓN A NIVEL DE COBERTURA no se pueden procesar sin una declaración justificatoria del emisor de recetas. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: al marcar este casillero y firmar a continuación, certifico que aplicar el plazo de revisión estándar de 72 horas podría comprometer gravemente la salud del inscrito o su capacidad de recuperar las capacidades funcionales máximas.

Información del emisor de recetas		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio		Fax
Firma del emisor de recetas		Fecha

Diagnóstico e información médica

Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO COMIENZO	Duración prevista del tratamiento:	Cantidad por 30 días
Altura/peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: enumere todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos de Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (ICD-10) correspondientes. (Si la afección 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 ocasiona los síntomas, si lo sabe).		Código(s) ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Código(s) ICD-10
HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de afecciones que requieran el medicamento solicitado).		
MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/dosis diaria total probada)	FECHAS de las pruebas de medicamentos	RESULTADOS de pruebas de medicamentos anteriores FRACASO o INTOLERANCIA (explique)
¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del inscrito para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?		

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS
¿Hay alguna CONTRAINDICACIÓN INDICADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FDA) para el medicamento solicitado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Le preocupa que se pueda producir una INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS con la adición del medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del inscrito? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas arriba es afirmativa, 1) explique el problema, 2) enumere los beneficios en comparación con los posibles riesgos a pesar de la preocupación mencionada y 3) explique el plan de control para garantizar la seguridad

ADMINISTRACIÓN DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES

Si el inscrito tiene más de 65 años de edad, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los posibles riesgos en este paciente mayor? SÍ NO

OPIÁCEOS: (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opiáceo)

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

¿Conoce otros emisores de recetas de opiáceos para este inscrito? SÍ NO
Si es así, por favor, proporcione más información.

¿La dosis MED diaria indicada es médicamente necesaria? SÍ NO

¿Una dosis MED diaria total menor sería insuficiente para controlar el dolor del inscrito? SÍ NO

FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD

Medicamentos alternativos contraindicados o probados anteriormente, pero con resultados adversos, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico [Especifique a continuación si no lo indicó en la sección ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS que figura antes en el formulario: (1) medicamentos probados y resultados de ensayos de medicamentos; (2) en caso de resultados adversos, enumere los medicamentos y los resultados adversos de cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos probados; (4) en caso de contraindicaciones, enumere la razón específica por la que medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados]

El paciente está estable con los medicamentos que usa actualmente; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con cambio de medicamentos Una explicación detallada de los resultados clínicos adversos significativos previstos y el motivo por el que se esperaría un resultado clínico adverso significativo, p. ej., la afección ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, varios medicamentos necesarios para controlar la afección), el paciente presentó un resultado adverso significativo cuando la afección no estaba controlada anteriormente (p. ej., hospitalización o consultas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación considerable del estado funcional, dolor y sufrimiento injustificados), etc.

Necesidad médica de otra presentación y/o una dosis mayor [Especifique a continuación: (1) presentaciones y/o dosis probadas y resultado de los ensayos de medicamentos; (2) explique la razón médica; (3) incluya el motivo por el que una administración menos frecuente con una concentración mayor no es una opción (en caso de que exista una concentración mayor)]

Solicitud de excepción al nivel del formulario [Especifique a continuación si no lo indicó en la sección ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS que figura antes en el formulario: (1) medicamentos preferidos o del formulario probados y resultados de ensayos de medicamentos; (2) en caso de resultados adversos, enumere los medicamentos y los resultados adversos de cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico/menor eficacia que el medicamento solicitado, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos probados; (4) en caso de contraindicaciones, enumere la razón específica por la que medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados]

Otros (explique a continuación)

Explicación necesaria _____

Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con tanto Medicare como Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos.

Documento adjunto: Aviso 1557