

Formulario de solicitud de determinación de cobertura administrativa de Medicare para la cobertura de la Parte B versus la Parte D



Este formulario es para que los proveedores presenten información a Aspire Health Plan para ayudar a determinar la cobertura de medicamentos y el pago adecuado bajo la "Parte B versus Parte D" de Medicare según los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

10 Ragsdale Dr., Ste. 101, Monterey, CA 93940
(831) 657-0700 Teléfono
(831) 657-2669 Fax

También se puede presentar una solicitud de cobertura utilizando el formulario de Solicitud de determinación de cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare. Toda la documentación y las justificaciones clínicas de respaldo DEBEN presentarse para su revisión oportuna. Las solicitudes se pueden enviar por fax o, para obtener actualizaciones en tiempo real, utilice el Portal de proveedores en **id.phtech.com**

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO			INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR			
Nombre del miembro:			Nombre del proveedor:			
Núm. de ID del miembro:			Núm. NPI:		Especialidad:	
Fecha de nacimiento:			Teléfono de oficina:			
Dirección de calle:			Fax de oficina:		Contacto de oficina:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Dirección de la oficina:			
Teléfono:			Ciudad:	Estado:	Código postal:	

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del medicamento:		Seleccione una de las siguientes opciones:	
NDC del medicamento:		<input type="checkbox"/> La solicitud es para GENÉRICO <input type="checkbox"/> La solicitud es para MARCA (no puede tomar el genérico):	
Nueva farmacoterapia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No; Solicitud de continuación de la terapia Fecha de la terapia inicial:		Proporcione fundamentos clínicos y registros médicos que respalden los motivos por los que el paciente no puede tomar genérico: _____	
Cantidad recetada:	Forma de dosificación:	Vía de administración:	
Instrucciones de uso (incluida la frecuencia y la duración esperada de la terapia):			
¿Existe alguna preocupación por una <i>interacción farmacológica o posibles eventos adversos</i> con la adición del medicamento solicitado al régimen farmacológico actual del miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, explique los beneficios a pesar de la preocupación señalada y el plan de monitoreo para garantizar la seguridad a continuación)			
Medicamentos probados o fallidos (incluidas fechas y resultados de ensayos de medicamentos anteriores), alergias a medicamentos y/o cualquier otra información pertinente que el médico que prescribe considere importante. Proporcione toda la documentación clínica y los expedientes médicos relevantes con este formulario completo para su revisión.			
Medicamento / Código(s) HCPCS	Dosis y duración del tratamiento	Resultados del tratamiento	

Determinación de facturación primaria B versus D

¿Se utiliza el medicamento para el tratamiento del cáncer? Sí No
 Sí (facturar a Medicare Parte B)
 No (Complete el Criterio de determinación de cobertura de la Parte D a continuación)

INFORMACIÓN CLÍNICA

Complete la sección correspondiente a la afección específica para la cual se receta el medicamento a continuación.

Nota: Si la afección que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej. dificultades para respirar, dolor de pecho, náuseas, anorexia, pérdida de peso, etc., proporcione el diagnóstico de la causa de los síntomas, si se conoce. Este medicamento sólo podrá autorizarse cuando se utilice para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que sea:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el diagnóstico o condición para el cual se receta, o
- Respaldo por un compendio aprobado por CMS (American Hospital Formulary Service-Drug Information (AHFS-DI); National Comprehensive Cancer Network (categorías 1 o 2A únicamente); Micromedex DrugDex; Clinical Pharmacology; o Lexi-Drugs).

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA FINAL (ESRD)

Diagnóstico y código de diagnóstico:

¿Tiene el paciente ESRD? Sí No

¿El paciente está actualmente recibiendo diálisis? Sí No

¿El medicamento solicitado se utiliza para un diagnóstico aprobado por la FDA o médicamente aceptado relacionado con la diálisis (p. ej., manejo del acceso, manejo de la anemia, antiinfecciosos, metabolismo óseo y mineral y manejo celular)? Sí No

¿La receta fue recetada por alguno de los siguientes: dentista, quiropráctico, ginecólogo, oftalmólogo, podólogo o médico que receta de la sala de emergencias del hospital? Sí No

Medicamentos cubiertos por la Parte B (médica)

- Para tratar la anemia en personas con ESRD en diálisis que reciben eritropoyetina (EPO) en el centro de diálisis o en pacientes que se autoinyectan en casa; y/o
- Están siguiendo los servicios médicos para condiciones médicas aprobadas.

Medicamentos cubiertos por la Parte D (farmacia)

- Indicaciones distintas al tratamiento de la anemia por ESRD para pacientes en diálisis.

VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B (p. ej., Engerix-B o Recombivax)

- Riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B (definido como: Pacientes con ESRD, hemofílicos que reciben Factor VIII o IX, clientes o personal de una institución para personas con discapacidades del desarrollo, pacientes VIH positivos, personas que viven en el mismo hogar que un portador del virus de la hepatitis B (VHB), hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, consumidores de drogas ilícitas inyectables, profesionales de la salud con contacto frecuente con sangre o fluidos corporales derivados de la sangre durante el trabajo de rutina).

Código de diagnóstico:

- Otro (proporcione diagnóstico y código):

Medicamentos cubiertos por la Parte B (médica)

Algunas de las vacunas más comunes que cubre la Parte B de Medicare incluyen:

- Vacuna contra la influenza
- Vacuna contra la neumonía
- Vacunas contra el COVID-19 autorizadas por la FDA
- Vacuna contra la hepatitis B: Miembros que tienen un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B, por ejemplo, expuestos a la hepatitis (Nota: Aunque la vacuna contra la hepatitis B a veces está cubierta bajo la Parte B, la vacuna contra la hepatitis A está cubierta bajo la Parte D).
- Para otras vacunas, si está directamente relacionada con una lesión o un nivel de riesgo, la Parte B cubre la vacuna (por ejemplo, el toxoide contra la rabia o el tétano estaría incluido en el beneficio bajo la Parte B cuando se administra juntamente con el servicio de un médico).

Medicamentos cubiertos por la Parte D (farmacia)

- La mayoría de las vacunas y sus tarifas administrativas asociadas están cubiertas por el beneficio de la Parte D, excepto en algunos casos en los que CMS ha exigido la cobertura de algunas vacunas bajo el beneficio de la Parte B.
- Si el médico receta la vacuna por un motivo distinto a la exposición o lesión, la Parte D cubre la vacuna y su administración. Por ejemplo, la vacuna contra el herpes zóster está cubierta por la Parte D.
- Es posible que Medicare no cubra las vacunas específicas para viajes, como las vacunas contra la fiebre tifoidea o la fiebre amarilla, debido a factores que requieren que la atención se considere “razonable” o “médicamente necesaria”. Las vacunas destinadas a brindar protección adicional antes de un viaje pueden generar un pago de bolsillo.

INMUNOSUPRESORES (p. ej., mycophenolate mofetil (CellCept), azathioprine (Imuran, Azasan), Cyclosporine (Systemic) (Neoral, Gengraf), sirolimus (Rapamune), tacrolimus (Prograf), Mycophenolic Acid (Myfortic) and cyclosporine (Sandimmune); methotrexate, (Trexall); basiliximab (Simulect), belatacept (Nulojix); Orthoclone OKT3 (muromomab-CD3); Atgam (lymphocyte Immune globulin))

Diagnóstico y código de diagnóstico: _____

Se requieren todas las siguientes preguntas para los pacientes que se sometieron a un trasplante:

Órgano trasplantado (especificar órgano): _____ Fecha del trasplante: ____/____/____

¿Medicare cubrió el trasplante? Sí No

<p><u>Medicamentos cubiertos por la Parte B (médica)</u></p> <p>Si el miembro recibió un trasplante cubierto por Medicare, los medicamentos están cubiertos por la Parte B.</p>	<p><u>Medicamentos cubiertos por la Parte D (farmacia)</u></p> <p>Si el miembro recibió un trasplante no cubierto por Medicare o está usando estos medicamentos por otro motivo, estaría cubierto por la Parte D.</p>
---	---

SOLUCIONES NEBULIZADAS PARA INHALACIÓN [p. ej., acetylcysteine (Mucomyst), albuterol, albuterol and ipratropium (DuoNeb), albuterol sulfate (AccuNeb, Proventil), arformoterol (Brovana), suspensión de inhalación de budesonide (Pulmicort Respules), cromolyn (Intal), dornase alfa (Pulmozyme), formoterol fumarate (Performist), iloprost (Ventavis), ipratropium bromide, levalbuterol hydrochloride (Xopenex), metaproterenol sulfate (Alupent), pentamidine isethionate (NebuPent), revefenacin (Yupelri), treprostinil (Tyvaso), suspensión de inhalación de tobramycin (TOBI, Bethkis)]

Especificar diagnóstico y código de diagnóstico: _____

¿El medicamento se administra mediante un nebulizador? Sí No

¿Este medicamento se administra a través de un equipo médico duradero (DME) (a través de un nebulizador en el hogar)? (Nota: Un hogar de atención a largo plazo (LTC) no se considera "hogar") Sí No

¿El paciente se encuentra actualmente en un centro de enfermería especializada o en un hospital? Sí No... **En caso afirmativo, ¿ha agotado el paciente todos los beneficios de la Parte A de Medicare?** Sí No

<p><u>Medicamentos cubiertos por la Parte B (médica)</u></p> <p>Los medicamentos están cubiertos por la Parte B cuando se usan con un nebulizador en el hogar.</p>	<p><u>Medicamentos cubiertos por la Parte D (farmacia)</u></p> <p>Los medicamentos están cubiertos por la Parte D cuando se usan con un nebulizador en un centro de enfermería especializada o como paciente internado en el hospital y la estadía del miembro no está cubierta por la Parte A.</p>
--	---

INSULINA ADMINISTRADA MEDIANTE UNA BOMBA DE INSULINA (Bombas de insulina y la insulina utilizada en las bombas)

Diagnóstico y código de diagnóstico: _____

¿El medicamento se administra en casa? Sí No

¿Está el paciente en un centro de atención a largo plazo? Sí No

¿La insulina se administra mediante una bomba de insulina? Sí No

<p><u>Medicamentos cubiertos por la Parte B (médica)</u></p> <p>1. Equipos y suministros para autoevaluación de glucosa en sangre (independientemente de si el miembro usa insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitores de glucosa en sangre • Tiras reactivas de glucosa en sangre • Lancetas y dispositivos de lancetas • Soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de los equipos de prueba y las tiras reactivas <p>2. Bombas de insulina y la insulina utilizada en las bombas.</p>	<p><u>Medicamentos cubiertos por la Parte D (farmacia)</u></p> <p>1. Insulina inyectable no asociada al uso de una bomba de infusión de insulina.</p> <p>2. Ciertos suministros para diabéticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeringas • Agujas • Hisopos con alcohol • Gasa • Dispositivos de insulina inhalada
---	---

<input type="checkbox"/> INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA (IVIG) <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia primaria, código de diagnóstico: <input type="checkbox"/> Otros, especificar diagnóstico y código de diagnóstico:	
<u>Medicamentos cubiertos por la Parte B (médica)</u> Cobertura de la Parte B: si se administra en casa para inmunodeficiencia primaria	<u>Medicamentos cubiertos por la Parte D (farmacia)</u> Cobertura de la Parte D: si se proporciona en el hogar para todas las demás indicaciones. Nota: Las inmunodeficiencias primarias no incluidas en el Anexo F pueden ser revisadas para ver si tienen cobertura a través de los beneficios aplicables de la Parte D.

<input type="checkbox"/> AGENTES DE QUIMIOTERAPIA ORAL (p. ej., cyclophosphamide, methotrexate, Trexall) Medicamentos con equivalente intravenoso (IV): p. ej., melphalan (Alkeran); methotrexate, (Trexall); etoposide (VePesid); and capecitabine (Xeloda); topotecan (Hycamtin); temozolomide (Temodar); Busulfan (Myleran); Cyclophosphamide (Cytoxan) Diagnóstico y código de diagnóstico:	
<input type="checkbox"/> ¿El medicamento solicitado contiene los mismos ingredientes activos que el fármaco quimioterapéutico intravenoso contra el cáncer no autoadministrable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Por favor, recuerde: El fármaco anticancerígeno oral y el fármaco no autoadministrable deben tener el mismo nombre químico/genérico que está indicado por el Approved Drug Products (Orange Book) de la FDA, Physician's Desk Reference (PDR) o algún compendio de medicamentos autorizado.</i>	
¿El medicamento solicitado se utiliza para las mismas indicaciones quimioterapéuticas anticancerígenas aprobadas por la FDA, incluidos usos no especificados o "fuera de etiqueta", que la forma no autoadministrable del medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El medicamento solicitado está recetado por un médico autorizado según la ley estatal para recetar medicamentos como quimioterapéuticos contra el cáncer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<i>Referencia: Medicare Benefit Policy Manual; Capítulo 15 – Covered Medical and Other Health Services (Rev. 12497; Publicado: 8 de febrero, 2024)</i>	

<u>Medicamentos cubiertos por la Parte B (médica)</u> Cobertura de la Parte B: Agentes de quimioterapia oral utilizados en el tratamiento del cáncer que contienen el mismo ingrediente activo (o profármaco) que la forma de dosificación inyectable y que estarían cubiertos como: 1) generalmente no autoadministrados y 2) proporcionados como incidente* del servicio de un médico. * Para cumplir con todos los requisitos generales de cobertura bajo la provisión incidental, un medicamento o producto biológico aprobado por la FDA debe contar con todo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Una formulación que no suele ser autoadministrada • Proporcionada por un médico • Administrado por el médico o por personal auxiliar empleado por el médico y bajo la supervisión personal del médico. El cargo, si corresponde, por el medicamento o biológico debe incluirse en la factura del médico, y el costo del medicamento o biológico debe representar un gasto para el médico. Si la organización de Medicare Advantage suministra el medicamento al proveedor, la organización de Medicare Advantage contabilizará el medicamento bajo sus beneficios A/B. Si una farmacia en la red suministra el medicamento directamente al beneficiario, el medicamento se contabilizará bajo los beneficios de la Parte D. 	<u>Medicamentos cubiertos por la Parte D (farmacia)</u> Cobertura de la Parte D: Todos los demás agentes orales cubiertos.
--	---

ANTIEMÉTICOS ORALES / RECTALES (p. ej., dolasetron mesylate (Anzemet), granisetron hydrochloride (Kytril), ondansetron hydrochloride (Zofran), antagonistas orales de NK-1**

Diagnóstico y código de diagnóstico:

¿El médico tratante ha recetado el medicamento como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer? Sí No **En caso afirmativo, conteste las siguientes preguntas:**

- Enumere los nombres de todos los medicamentos quimioterapéuticos orales que recibirá el paciente:

- ¿Se utiliza el medicamento como reemplazo terapéutico completo de un fármaco antiemético intravenoso que de otro modo se habría administrado en el momento del tratamiento de quimioterapia? Sí No
- ¿Se iniciará este medicamento antiemético oral dentro de las dos horas posteriores a la administración del agente quimioterapéutico y se continuará durante un período que no exceda 48 horas a partir de ese momento? Sí No

**ANTAGONISTAS ORALES DE NK-1 (p. ej., aprepitant [Emend], rolapitant [Varubi], netupitant y palonosetron [Akynzeo]) medicamentos orales antieméticos aprepitant (Emend) y rolapitant (Varubi) están aprobados bajo Parte B cuando se utilizan en combinación con un antagonista 5-HT3 y dexamethasone, como reemplazo para la administración antiemética intravenosa. Netupitant y palonosetron (Akynzeo) están aprobados bajo la Parte B cuando se usan en combinación con dexametasone, como reemplazo de la administración antiemética intravenosa; no se necesita un antagonista 5-HT3 por separado.

Medicamentos cubiertos por la Parte B (médica)

- Si el antiemético oral está relacionado con el tratamiento del cáncer por vía intravenosa y es un reemplazo completo de la administración intravenosa dentro de las 2 horas posteriores al tratamiento del cáncer y se continúa hasta por 48 horas O
Si el antiemético oral o rectal está relacionado con el tratamiento de cáncer oral administrado dentro de las 2 horas anteriores al medicamento anticancerígeno oral

Medicamentos cubiertos por la Parte D (farmacia)

Cobertura de la Parte D: Si el tratamiento del cáncer por vía intravenosa se administra en el hogar, el antiemético oral está cubierto por la Parte D, ya que el tipo/dosis de quimioterapia no requiere medicamentos antieméticos por vía intravenosa
O
Si no cumple con las reglas indicadas arriba de la Parte B, está cubierto por la Parte D

Nutrición Parenteral Total (NPT) / Nutrición Parenteral Intradialítica (PNID) / Nutrición Intraperitoneal (IPN)
Nutrición parenteral – Aminoácidos y lípidos: soluciones de aminoácidos, soluciones de aminoácidos con electrolitos y/o calcio, emulsión de lípidos intravenosa

Diagnóstico y código de diagnóstico:

¿Tiene el miembro un tracto digestivo funcional? Nota: Una disfunción permanente del tracto digestivo puede definirse como una falta de función que dura más de 90 días.

Sí (consulte la sección Determinación de cobertura de la Parte D a continuación)

No (consulte la Parte B a continuación)

IDPN / IPN

¿La farmacia está combinando la IDPN/IPN agregando aminoácidos a la solución de dializado? Sí No

*La IDPN se considera un compuesto de la Parte D porque el dializado no está incluido. Existe cobertura de la Parte D para aminoácidos, dextrosa y lípidos que cumplen con la definición de medicamentos de la Parte D.

*La IPN está cubierta por el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de ESRD (Enfermedad Renal de Etapa Final), el medicamento debe ser suministrado por un centro de diálisis. Aunque el dializado no se factura por separado, aun así, se considera como un medicamento de la Parte B.

DETALLES DE LOS INGREDIENTES (Obligatorio solo para solicitudes de TPN e IDPN):

NOMBRE DEL MEDICAMENTO/INGREDIENTE	CONCENTRACIÓN	DOSIS	INDICACIÓN

NOTA: No hay cobertura de Medicare (bajo la Parte B o la Parte D) para ingredientes como el agua esterilizada, ya que los medicamentos y otros ingredientes no cubiertos deben tratarse como gastos generales de farmacia.

<p><u>Medicamentos cubiertos por la Parte B (médica)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El Capítulo 6, Apéndice C del Manual de beneficios de medicamentos con receta de Medicare establece que la cobertura de la Parte B para nutrición parenteral se limita a personas con un tracto digestivo que no funciona. • El dializado se considera un suministro relativo al centro de ESRD que se incluye en el pago del Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de la ESRD y no se factura por separado bajo la Parte B. Aunque el dializado no se factura por separado, aun así se considera como un medicamento de la Parte B. En el caso de que una farmacia prepare extemporáneamente la IPN agregando aminoácidos a un dializado, la IPN es un compuesto de la Parte B, y la cobertura para todo el compuesto, incluidos los ingredientes que cumplirían de forma independiente con la definición de medicamento de la Parte D, no estaría disponible según Parte D de Medicare 	<p><u>Medicamentos cubiertos por la Parte D (farmacia)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de la Parte D –Todas las demás indicaciones, incluida la diálisis • Para pacientes con ESRD, la cobertura para la IDPN o IPN puede estar disponible bajo la Parte D de Medicare. La cobertura de estos productos de la Parte D de Medicare se limita a los ingredientes del medicamento que cumplen con la definición de un medicamento de la Parte D, junto con la tarifa de dispensación, y está sujeta a los requisitos en 42 CFR 423.120(d) relacionado con productos farmacéuticos compuestos. • La IDPN se considera un compuesto de la Parte D porque no incluye dializado. Existe cobertura de la Parte D para aminoácidos, dextrosa y lípidos que cumplen con la definición de medicamentos de la Parte D. • El reembolso bajo la Parte D puede incluir una tarifa de dispensación para cubrir ciertos costos laborales y gastos generales de farmacia según lo permitido por CMS.
--	---

TODOS LOS DEMÁS MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS (IV)

¿El medicamento se administra por vía intravenosa mediante infusión? Sí No

¿Se está administrando el medicamento en un centro de atención a largo plazo? Sí No

¿Se está administrando el medicamento en el hogar? Sí No

¿Se está administrando el medicamento mediante una bomba de infusión externa? Sí No

<p><u>Medicamentos cubiertos por la Parte B (médica)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos que se administran en casa y que requieren el uso de una bomba de infusión (según lo especificado por el proveedor local de equipo médico duradero [DME]) están cubiertos por la Parte B. • Cuando los medicamentos inyectables o intravenosos son proporcionados y administrados por un médico, y un asegurador de la Parte B los considera "normalmente no autoadministrados", están cubiertos por la Parte B. 	<p><u>Medicamentos cubiertos por la Parte D (farmacia)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos que no requieren del uso de una bomba (según lo especificado por el proveedor local de equipo médico duradero [DME]) o para entornos que no se consideran el hogar del paciente (como un hogar de atención a largo plazo con enfermería especializada en el lugar) están cubiertos por la Parte D. • Si una farmacia dispensa medicamentos inyectables o intravenosos y no hay problemas de seguridad si el miembro usa el medicamento en casa, dependiendo de la condición del paciente, los medicamentos están cubiertos por la Parte D.
---	---