

SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE
--

Este formulario lo puede enviar por correo o por fax:

Dirección:
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172
Atención: Departamento de Farmacia

Número de Fax:
1-800-310-9071

Usted también puede pedirnos una determinación de cobertura por teléfono llamando al 1-800-794-5907 o a través de nuestro sitio web en es.CarePlusHealthPlans.com.

Quién Puede Presentar una Solicitud: El médico que recetó su medicamento puede solicitar una determinación de cobertura en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un miembro de la familia o un amigo) haga una solicitud en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información acerca de cómo nombrar un representante.

Información del Afiliado

Nombre del Afiliado		Fecha de Nacimiento
Dirección del Afiliado		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	# de Identificación de Afiliado	

Llene la siguiente sección SOLO si la persona que está haciendo esta solicitud no es el afiliado o el médico que recetó el medicamento:

Nombre del Solicitante		
Relación del Solicitante al Afiliado		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		

Documentación de Representación para solicitudes hechas por alguien que no sea el afiliado o el médico recetador del afiliado:

Adjuntar documentación que muestre la autoridad para representar al afiliado (Un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 lleno o un documento equivalente por escrito). Para obtener más información sobre el nombramiento de un representante, comuníquese con su plan o llame a 1-800-Medicare.

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

Tipo de Solicitud de Determinación de Cobertura

- ☐ Necesito un medicamento que no figura en la lista de medicamentos cubiertos por el plan (excepción de formulario).*
- ☐ He estado usando un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos por el plan, pero se está retirando o fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción de formulario).*
- ☐ Solicito autorización previa para el medicamento que mi médico recetó.*
- ☐ Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que mi médico recetó (excepción de formulario).*
- ☐ Solicito una excepción al límite del plan en cuanto al número de pastillas (límite a la cantidad) que puedo recibir para que pueda obtener el número de pastillas que mi médico recetó (excepción de formulario).*
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que mi médico recetó de lo que cobra por otro medicamento que se usa para tratar mi condición, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).*
- ☐ He estado usando un medicamento que antes estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero lo están moviendo a o se ha movido a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).*
- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un nivel de copago más alto por un medicamento de lo que debería haber cobrado.
- ☐ Quiero recibir un reembolso por un medicamento recetado cubierto que pagué como desembolso personal.

***NOTA: Si usted está pidiendo una excepción de formulario o de nivel, el médico recetador DEBE proveer una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de manejo de utilización), podrían requerir información de respaldo). Su médico puede utilizar el formulario "Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa" que se adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjuntar los documentos de respaldo*):

Nota Importante: Decisiones Aceleradas

Si usted o su médico considera que el esperar 72 horas para una decisión estándar podría poner en peligro su vida, su salud, o la capacidad de recuperar la función máxima, puede pedir una decisión acelerada (rápida). Si su médico indica que el esperar 72 horas podría perjudicar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de 24 horas. Si usted no obtiene el apoyo de su médico para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede pedirnos una determinación de cobertura acelerada si usted nos está pidiendo que paguemos por un medicamento que ya ha recibido.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI USTED CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 24 HORAS (si usted tiene una declaración de respaldo de su médico, favor de adjuntarla a esta solicitud).**

Firma:

Fecha:

Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa

Las solicitudes para EXCEPCIONES DE FORMULARIO O NIVEL no pueden ser procesadas sin una declaración de respaldo de un médico. Es posible que las solicitudes para AUTORIZACIONES PREVIAS requieran información de respaldo.

☐ **SOLICITUD PARA REVISIÓN ACELERADA:** Al marcar esta casilla y firmar a continuación, yo certifico que el aplicar el plazo para una revisión estándar de 72 horas podría poner en peligro la vida o la salud del afiliado o la capacidad de recuperar la función máxima del afiliado.

Información del Médico Recetador

Nombre	Número de NPI, Número de DEA, o TAX ID	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de la Consulta		Fax
Firma del Médico Recetador		Fecha

Diagnóstico e Información Médica

Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: ☐ NUEVO INICIO	Duración de la terapia prevista:	Cantidad cada 30 días
Estatura/peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: por favor, incluya todos los diagnósticos tratados con el medicamento solicitado y los códigos de ICD-10 correspondientes. (Si la condición médica tratada con el medicamento solicitado se trata de un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor de pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa el(los) síntoma(s), si se conoce).		ICD-10 Código(s)
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		ICD-10 Código(s)
ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las condiciones médicas que requieren el medicamento solicitado)		
MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un problema, incluya la dosis unitaria/la dosis diaria total probada):	FECHAS de pruebas de medicamentos:	RESULTADOS de pruebas de medicamentos anteriores FRACASO vs. INTOLERANCIA (explique):

¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del afiliado para tratar la(s) condición(es) médica(s) que requieren el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

¿Existe alguna **CONTRAINDICACIÓN ESTABLECIDA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS DE LOS EE. UU. (FDA)** respecto del medicamento solicitado?

☐ SÍ ☐ NO

¿Existe alguna preocupación respecto de **INTERACCIONES CON OTROS MEDICAMENTOS** al agregar el medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del afiliado?

☐ SÍ ☐ NO

Si alguna de las preguntas anteriores se respondió de manera afirmativa, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios y los riesgos a pesar de la inquietud destacada, y 3) controle el plan para garantizar la seguridad.

GESTIÓN DE RIESGOS ALTOS DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES

Si el afiliado tiene más de 65 años de edad, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el fármaco solicitado superan los riesgos de este paciente mayor de edad?

☐ SÍ ☐ NO

OPIOIDES (por favor, complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide):

¿Cuál es la dosis equivalente a la morfina (MED, por sus siglas en inglés) diaria total? mg/día

¿Está al tanto de otros médicos que le receten opioides a este afiliado?
En caso afirmativo, explique

☐ SÍ ☐ NO

¿La MED diaria declarada es necesaria por razones médicas?

☐ SÍ ☐ NO

Una dosis de MED diaria total inferior, ¿sería insuficiente para controlar el dolor del afiliado?

☐ SÍ ☐ NO

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

☐ **Los medicamentos alternativos están contraindicados o se probaron previamente, pero se obtuvieron resultados adversos, como toxicidad, alergia o fracaso terapéutico.** [Por favor, especifique a continuación si no se declaró anteriormente en la sección ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS del formulario: (1) medicamentos probados y resultados de las pruebas de medicamentos, (2) en caso de resultado adverso, detalle los medicamentos y los resultados adversos de cada uno, (3) en caso de fracaso terapéutico, detalle la dosis máxima y la duración de la terapia con los medicamentos probados, (4) en caso de contraindicaciones, detalle la razón específica por la cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados].

☐ **El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; existe un riesgo alto de que ocurra un resultado clínico significativamente adverso si se cambia de medicamento.** Se debe brindar una explicación específica de cualquier resultado clínico significativamente adverso previsto y por qué tal resultado adverso significativo podría preverse; p. ej., ha sido difícil controlar la condición médica (se probaron muchos medicamentos, se requieren múltiples medicamentos para controlar la condición médica), el paciente tuvo un resultado adverso significativo en ocasiones en la que no se ha controlado la condición médica (p. ej., hospitalización o visitas médicas agudas con frecuencia, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor excesivo y sufrimiento), etc.

☐ **Necesidad médica de una dosis diferente y/o superior.** [Especifique a continuación: (1) dosificaciones y/o dosis probadas y resultado de las pruebas de medicamentos; (2) razón médica; (3) razón por la cual una dosificación menos frecuente con una concentración más elevada no es una opción: en caso de que exista una concentración más elevada].

☐ **Solicitud de excepción del nivel del formulario.** [Especifique a continuación si no se declaró en la sección ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS que figura más arriba en este formulario: (1) medicamentos del formulario o preferidos probados y resultados de las pruebas de medicamentos, (2) en caso de resultado adverso, detalle los medicamentos y los resultados adversos de cada uno, (3) en caso de fracaso terapéutico o de que no hayan sido tan efectivos como el medicamento solicitado, detalle la dosis máxima y la duración de la terapia con los medicamentos probados, (4) en caso de contraindicaciones, detalle la razón específica por la cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados].

☐ **Otro** (explique a continuación)

Debe brindar una explicación

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso a, o el tratamiento y el empleo en, sus programas y actividades. Para cualquier consulta sobre las políticas de no discriminación de CarePlus y/o para presentar una queja, también conocida como queja formal, favor de comunicarse con Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

English: This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number listed above.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.