

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

Este formulario lo puede enviar por correo o por fax:

Dirección:  
PO Box 277810,  
Miramar, FL 33027  
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 [CarePlusHealthPlans.com](http://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: <input type="checkbox"/> <b>NUEVO INICIO</b>	Duración de la terapia prevista:	Cantidad cada 30 días
Estatura/peso:	Alergias a medicamentos:	
<b>DIAGNÓSTICO: por favor, incluya todos los diagnósticos tratados con el medicamento solicitado y los códigos de ICD-10 correspondientes.</b> (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)
<b>Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:</b>		ICD-10 Código(s)
<b>ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS:</b> (para el tratamiento de las condiciones médicas que requieren el medicamento solicitado)		
<b>MEDICAMENTOS PROBADOS</b> (si el límite de cantidad es un problema, incluya la dosis unitaria/la dosis diaria total probada):	<b>FECHAS de pruebas de medicamentos:</b>	<b>RESULTADOS de pruebas de medicamentos anteriores</b> <b>FRACASO vs. INTOLERANCIA</b> <b>(explique):</b>

¿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 opiode):

¿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**

---

---

---

---

## Aviso de no discriminación

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discrimina ni excluye a las personas por su raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. CarePlus Health Plans Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades adaptaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
  - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos de acceso electrónico o de otro tipo)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, los cuales pueden incluir:
  - Intérpretes acreditados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Si usted cree que CarePlus Health Plans, Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. en P.O. Box 277810, Miramar, FL 33027, **1-800-794-5907 (TTY: 711)**, o **Accessibility1@CarePlus-HP.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono a:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.



Este aviso está disponible en **[es-www.careplushealthplans.com/legal/multi-language-interpreter-services](https://www.careplushealthplans.com/legal/multi-language-interpreter-services)**.

**Encarte multilingüe**  
**Servicios de intérprete en múltiples idiomas**

Formulario Aprobado  
OMB# 0938-1421

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-794-5907 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-794-5907 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-794-5907 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다 .

통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오 . 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다 . 이 서비스는 무료로 운영됩니다 .

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-794-5907 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري, ليس عليك سوى الاتصال بنا على (برقياً: 711) 1-800-794-5907. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-794-5907

(TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-794-5907 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-794-5907 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。