

<b>SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE</b>
--

Este formulario lo puede enviar por correo o por fax:

Dirección:  
CarePlus Health Plans, Inc.  
Attention: Clinical Pharmacy Review  
P. O. Box 14601  
Lexington, KY 40512-4165

Número de Fax:  
877-486-2621

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.**

<b>Nombre del medicamento recetado que está solicitando</b> (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:</b> 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)
<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> (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**

---

---

---

---

## 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 **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 14618, Lexington, KY 40512-4618, **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/NDN](https://www.CarePlusHealthPlans.com/NDN)**.

## Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **1-800-794-5907 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք՝ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**:

বাংলা Bengali: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **1-800-794-5907 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 Simplified Chinese: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **1-800-794-5907 (听障专线: 711)**。

繁體中文 Traditional Chinese: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **1-800-794-5907 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen Haitian Creole: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski Croatian: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **1-800-794-5907 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français French: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Deutsch German: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Ελληνικά Greek: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી Gujarati: નિઃશુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית Hebrew: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hmoob Hmong: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

This notice is available at **CarePlusHealthPlans.com/MLI**.

GHHNOA2025CP

Italiano Italian: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

日本語 Japanese: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**1-800-794-5907 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ Khmer: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយផ្សេងៗដល់អ្នកមានការពិការភាព។  
ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**។

한국어 Korean: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.  
**1-800-794-5907 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오.

Diné Navajo: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjí' bee adahodoonííígíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjí' hodíilnih **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Polski Polish: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Português Portuguese: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ Punjabi: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।  
**1-800-794-5907 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский Russian: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Español Spanish: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Tagalog Tagalog: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

தமிழ் Tamil: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன.  
**1-800-794-5907 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు Telugu: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو Urdu: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ **(TTY: 711) 1-800-794-5907**

Tiếng Việt Vietnamese: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.