



Pautas sobre la Autorización Previa, Tratamiento por Pasos, Límites de Cantidad, y Excepciones

Cómo se puede saber si un medicamento requiere autorización previa, tratamiento por pasos o límites de cantidad

Algunos medicamentos del formulario pueden requerir Autorización Previa, pueden tener requisitos de Terapia por Pasos o Límites de Cantidad. Usted puede consultar el formulario o visitar nuestro sitio web en CarePlusHealthPlans.com para averiguar si su medicamento tiene algún requisito adicional o límites. Para más información, llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907**. Si usa un TTY, llame al **711**. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos. Para el servicio de 24 horas al día, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**.

Autorización Previa (PA, por sus siglas en inglés)

¿Qué es la Autorización Previa?

Algunos medicamentos recetados requieren autorización previa para que CarePlus los cubra. Si su medicamento recetado requiere autorización previa, usted, su representante autorizado, su médico tratante u otro médico recetador deberán, antes de surtir su receta, pedir y recibir la aprobación de CarePlus con anticipación. Si no obtiene la aprobación, es posible que CarePlus no cubra el medicamento.

¿Por qué se requiere la Autorización Previa?

El proceso de autorización previa ayuda a garantizar que usted use sus beneficios de la mejor manera y que reciba el tratamiento más adecuado. Por ejemplo, si tiene diabetes, y su médico desea que pruebe un medicamento nuevo, es posible que debamos autorizar este medicamento antes de surtir la receta. Queremos asegurarnos de que el medicamento no interfiera con otros medicamentos que tome ni que le genere más costos innecesariamente.

Tratamiento por Pasos (ST, por sus siglas en inglés)

¿Qué es el Tratamiento por Pasos?

Para los medicamentos con Tratamiento por Pasos, CarePlus le pide que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B ambos tratan su condición médica, es posible que CarePlus no cubra el Medicamento B, a menos que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no es eficaz para tratar su afección, entonces CarePlus puede cubrir el Medicamento B.

Si su medicamento tiene un requisito de tratamiento por pasos, su médico tratante u otro médico recetador deberán proporcionar una declaración de respaldo a CarePlus si se le receta un Medicamento B o si desea probar un Medicamento B primero, sin probar un Medicamento A. CarePlus debe dar su aprobación antes de poder surtir su receta del Medicamento B. Si no obtiene la aprobación, es posible que CarePlus no cubra el Medicamento B.

¿Por qué se requiere el Tratamiento por Pasos?

El Tratamiento por Pasos promueve el uso seguro y económico de los medicamentos. CarePlus le pide que pruebe medicamentos considerados de primera línea antes de cubrir un medicamento considerado de segunda línea. Los medicamentos de primera línea son ampliamente reconocidos como seguros y efectivos. Los medicamentos de segunda línea son medicamentos de marca preferidos o no preferidos, y potencialmente más costosos.

Límites de Cantidad (QL, por sus siglas en inglés)

¿Qué son los Límites de Cantidad?

Para ciertos medicamentos, CarePlus limita la cantidad del medicamento que se cubrirá por receta o por un período de tiempo definido. Si usted necesita cantidades adicionales por encima del límite, su médico deberá proporcionar una declaración de respaldo a CarePlus. CarePlus debe dar su aprobación antes de poder surtir su receta por la cantidad adicional, de lo contrario es posible que no se cubra la cantidad adicional.

¿Por qué se requieren los Límites de Cantidad?

Los límites de cantidad se basan en las pautas de dosificación del fabricante y las recomendaciones médicas actuales. Los límites de cantidad ayudan a evitar el posible uso indebido y el abuso de los medicamentos. Las recetas que se hagan para cantidades por arriba de los límites establecidos requerirán una autorización antes de que dicha receta se pueda surtir.

Determinación de Cobertura

¿Qué es una Determinación de Cobertura?

Una determinación de cobertura es una decisión que toma CarePlus como patrocinador de la Parte D de Medicare con respecto al pago o el beneficio al cual usted cree que tiene derecho. Esto puede incluir una decisión acerca de si CarePlus cubrirá un medicamento, la parte del costo del medicamento del cual usted puede ser responsable, los límites de cantidad, el tratamiento por pasos o los requisitos de autorización previa.

Cómo pedir una Determinación de Cobertura

Usted, su representante autorizado, su médico tratante u otro médico recetador puede presentar una solicitud de determinación de cobertura a CarePlus.

Para que su MÉDICO u otro médico recetador presente una solicitud de Determinación de Cobertura, él/ella debe comunicarse con el Unidad de Administración para la Utilización de la Cobertura de Farmacia de CarePlus en una de las siguientes maneras:

- CarePlus se asocia con CoverMyMeds para brindar determinaciones en tiempo real para solicitudes enviadas por proveedores en línea; se requiere registro. Puedes acceder a este servicio a través de este enlace www.covermymeds.com/main/prior-authorization-forms/careplus
o
- Llamando al Unidad de Administración para la Utilización de la Cobertura de Farmacia de CarePlus al 1-866-315-7587, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este; de lunes a viernes, o
- Enviando por fax una solicitud de determinación de cobertura junto con cualquier documentación de respaldo correspondiente al 1-800-310-9071. Para la comodidad de su médico, él/ella puede obtener una copia de la Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#) / [Español](#); y enviárnosla electrónicamente,
o

- Enviando una solicitud por escrito por correo a:
CarePlus Health Plans
Atención: CarePlus Clinical Pharmacy Review
P. O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

Si desea hacer la solicitud de determinación de cobertura USTED MISMO, usted o su representante autorizado debe comunicarse con nosotros de una de las siguientes maneras:

- Llamando a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907**. Si usa un TTY, llame al **711**. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos. Para el servicio de 24 horas al día, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**, o
- Enviando por fax la solicitud al 1-800-310-9071. Para su comodidad, puede obtener una copia de **la Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare** a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#) / [Español](#). También puede imprimir este formulario y llevarlo con usted a la consulta de su médico, o
- Enviando la solicitud electrónicamente junto con cualquier documentación de respaldo correspondiente que le proporcione su médico. Puede completar **la Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare** en línea a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#) / [Español](#); y enviárnosla electrónicamente, o
- Enviando una solicitud por escrito por correo a:
CarePlus Health Plans
Atención: CarePlus Clinical Pharmacy Review
P. O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

Una vez que se envíe la solicitud de determinación de cobertura, debemos notificarle nuestra decisión en un plazo máximo de 24 horas (acelerada) o en un plazo máximo de 72 horas (estándar) de la fecha y la hora en la que se recibe. Su solicitud será acelerada si determinamos, o si su médico nos informa, que su vida, salud o capacidad para recuperar el máximo de sus funciones podrían correr grave peligro si espera por una solicitud estándar.

Si tiene alguna pregunta sobre su solicitud, favor de llamar a Servicios para Afiliados al 1-800-794- 5907. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Excepciones

Usted puede pedir una excepción a nuestros requisitos de cobertura, que incluyen autorización previa, límite de cantidad y tratamiento por pasos.

Cómo pedir una excepción

Usted, su representante autorizado, su médico tratante u otro médico recetador puede pedirnos que hagamos una excepción a nuestras normas de cobertura de la Parte D en diversas situaciones:

- Puede pedirnos que cubramos su medicamento de la Parte D incluso si no se encuentra en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento se cubrirá a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido inferior.
- Puede pedirnos que eliminemos los límites o las restricciones de cobertura de su medicamento (es decir, tratamiento por pasos o límites de cantidad). Por ejemplo, para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que eliminemos el límite y que cubramos una cantidad mayor.

Si el formulario de su plan tiene más de un nivel de costo compartido, puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido inferior si este medicamento no está en el nivel de los especializados o medicamentos del cuidado selectivo. Si se aprueba, la cantidad que pagará por su medicamento será menor. Por ejemplo, si normalmente se considera su medicamento como un medicamento no preferido, puede pedirnos que, en cambio, lo cubramos como un medicamento preferido. Tenga en cuenta que si aprobamos su solicitud para cubrir un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestro formulario, no puede pedirnos que hagamos una excepción de nivel a través del proceso de excepción de formulario para dicho medicamento aprobado. Además, no puede pedirnos que proporcionemos un nivel mayor de cobertura para los medicamentos de la Parte D que se encuentran en el “Nivel 5: medicamentos especializados” o “Nivel 6: Medicamentos de cuidado selectivo”.

Por lo general, solo aprobaremos su solicitud de una excepción si los medicamentos alternos de la Parte D incluidos en el formulario del plan o el medicamento de la Parte D en el nivel preferido (Si el formulario de su plan tiene más de un nivel de costo compartido) no serían tan efectivos para tratar su condición médica y/o le causarían efectos médicos adversos.

Para todas las solicitudes de excepción, su médico u otro médico recetador deben proporcionar una declaración que respalde la solicitud. CarePlus debe recibir esta declaración de respaldo para poder comenzar la revisión de su solicitud. Usted puede ayudarnos a acelerar la revisión de determinación al incluir la información médica de respaldo proporcionada por un médico cuando envíe la solicitud de excepción a CarePlus; o al pedirle a su médico que envíe la solicitud y la declaración de respaldo directamente a CarePlus.

Una vez que el médico haya enviado la declaración, debemos notificarle nuestra decisión en un plazo máximo de 24 horas (acelerada) o en un plazo máximo de 72 horas (estándar) de la fecha y la hora en la que se recibe la declaración del médico. Su solicitud será acelerada si determinamos, o si su médico nos informa, que su vida, salud o capacidad para recuperar el máximo de sus funciones podrían correr grave peligro si espera por una solicitud estándar.

Su MÉDICO u otro médico recetador puede enviar la solicitud de excepción en su nombre junto con una declaración de respaldo de una de las siguientes maneras:

- Llamando al Unidad de Administración para la Utilización de la Cobertura de Farmacia de CarePlus al 1-866-315-7587, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este; de lunes a viernes, o
- Enviando por fax la solicitud junto con cualquier documentación de respaldo correspondiente al 1-800-310-9071. Para la comodidad de su médico, este puede obtener una copia de la Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#) / [Español](#).

- Enviando la solicitud electrónicamente junto con cualquier documentación de respaldo correspondiente. Su médico puede completar la Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare y adjuntar su declaración de respaldo en línea a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#) / [Español](#); y enviárnosla electrónicamente, o
- Enviando una solicitud por escrito que incluya una declaración de respaldo por correo a:
CarePlus Health Plans
Atención: CarePlus Clinical Pharmacy Review
P. O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

Si desea hacer la solicitud de excepción USTED MISMO, usted o su representante autorizado pueden hacerlo de una de las siguientes maneras:

- Llamando a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907**. Si usa un TTY, llame al **711**. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos. Para el servicio de 24 horas al día, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**, o
- Enviando por fax la solicitud al 1-800-310-9071. Para su comodidad, puede obtener una copia de la **Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare** a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#) / [Español](#). También puede imprimir este formulario y llevarlo con usted al consultorio médico, o
- Enviando la solicitud electrónicamente junto con cualquier documentación de respaldo correspondiente. Puede completar la **Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare** y adjuntar la declaración de respaldo de su médico en línea a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#) / [Español](#); y enviárnosla electrónicamente,
- Enviando una solicitud por escrito que incluya la declaración de respaldo de su médico por correo a:
CarePlus Health Plans
Atención: CarePlus Clinical Pharmacy Review
P. O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

Si tiene alguna pregunta sobre su solicitud, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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 a 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: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર ફોન કરો.

עברית Hebrew: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אבזרי עזר וסקסיים 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](https://www.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 សេវាកម្មជំនួសជ្រុងជ្រោយជំនួសអាចារកបាន។
ទូរស័ព្ទទៅលេខ **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'áa jiik'eh, t'áadoole'é binahjí' bee adahodoonííígíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó lahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjí' hodílnih **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: ਮੁਫਤ 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۔ کال **(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)**.