

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICARE PARA  
MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA**

Puede enviarnos este formulario por correo o fax:

|                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| <u>Dirección:</u>                 | <u>Número de fax:</u> |
| Care Improvement Plus             | 866-683-3272          |
| The Warehouse at Camden Yards     |                       |
| 351 West Camden Street, Suite 100 |                       |
| Baltimore, MD 21201               |                       |

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 866-683-3275 o a través de nuestro sitio de Internet en [www.careimprovementplus.com](http://www.careimprovementplus.com).

**Quién puede realizar una solicitud:** El profesional que le llena las recetas puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) realice una solicitud por usted, dicha persona deberá ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo designar a un representante.

**Información del inscrito**

Nombre del inscrito \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del inscrito \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ N.º de identificación de miembro del inscrito \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es el inscrito o el profesional que llena las recetas:**

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Relación del solicitante con el inscrito \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Documentación de representación para solicitudes por parte de una persona que no es el inscrito o el profesional que le llena recetas al inscrito:**

**Adjunte la documentación que certifica que representa al inscrito (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.**

**Nombre del medicamento de venta con receta que solicita (si las conoce, incluya la concentración y la cantidad solicitadas por mes):**

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento no incluido en la lista de medicamentos cubiertos (excepción al formulario).\*
- He estado utilizando un medicamento que anteriormente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero lo están por quitar o lo han quitado de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).\*
- Solicito autorización previa para el medicamento recetado por el profesional que me llena las recetas.
- Solicito una excepción al requisito que me exige probar otro medicamento antes de obtener el que me recetó el profesional que me llena las recetas (excepción al formulario).\*
- Solicito una excepción al límite que el plan impone a la cantidad de comprimidos (límite de cantidad) que puedo recibir, de manera que me suministren la cantidad de comprimidos recetada por el profesional que me llena las recetas (excepción al formulario).\*
- Para el medicamento que me recetó el profesional que me llena las recetas, mi plan de medicamentos cobra un copago más elevado que para otro medicamento que se utiliza en el tratamiento de mi enfermedad y deseo abonar el copago más bajo (excepción al nivel).\*
- He estado utilizando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago inferior, pero están por cambiarlo o lo cambiaron a un nivel de copago más elevado (excepción al nivel).\*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más elevado por un medicamento que lo que debería.
- Deseo que me reembolsen el dinero que pagué de mi bolsillo por un medicamento de venta con receta cubierto.

**\*NOTA: Si solicita una excepción al formulario o al nivel, el profesional que llena las recetas DEBE presentar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a la autorización previa (o a cualquier requisito de la administración de la utilización) pueden requerir información de respaldo. El profesional que le llena las recetas puede usar la “Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa” adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que deberíamos tener en cuenta (adjunte todo documento de respaldo):

---

---

---

---

**Nota importante: Decisiones aceleradas**

En el caso de que usted o el profesional que le llena las recetas crean que esperar 72 horas para una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento máximo, usted puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el profesional que le llena las recetas indica que esperar 72 horas podría dañar gravemente su salud, le

otorgaremos una decisión de forma automática en el plazo de las 24 horas. Si usted no obtiene la declaración del profesional que le llena las recetas para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión acelerada. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos solicita el reembolso de un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN EL PLAZO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo del profesional que le llena las recetas, adjúntela a esta solicitud).**

**Firma de la persona que solicita la determinación de cobertura (el inscrito, el profesional que le llena las recetas al inscrito o el representante):**

Fecha: \_\_\_\_\_

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de **EXCEPCIÓN AL FORMULARIO O AL NIVEL** no se pueden procesar sin una declaración de respaldo del profesional que llena las recetas. Las solicitudes de **AUTORIZACIÓN PREVIA** pueden requerir información de respaldo.

**SOLICITUD DE UNA REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que aplicar el plazo de 72 horas de la revisión estándar podría poner en grave peligro la vida o la salud del inscrito o su capacidad para recuperar su funcionamiento máximo.**

**Información del profesional que llena recetas**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Firma del profesional que llena recetas \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Diagnóstico e información médica**

|   |  |              |
|---|--|--------------|
| Medicamento:                                    | Concentración y vía de administración: | Frecuencia:  |
| Nueva receta O fecha de inicio del tratamiento: | Duración esperada del tratamiento:     | Cantidad:    |
| Peso/Estatura:                                  | Alergias a medicamentos:               | Diagnóstico: |

**Razón de la solicitud**

- Medicamentos alternativos contraindicados o ya probados, pero con resultados adversos; por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** [Especifique a continuación: (1) medicamentos contraindicados o probados; (2) resultados adversos para cada uno; (3) si es fracaso terapéutico, duración del tratamiento con cada medicamento]
- Paciente estable con medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos importantes si se cambia de medicamento** [Especifique a continuación: resultados clínicos adversos importantes anticipados]

- Necesidad médica de una forma de dosificación diferente o dosificación más alta**  
[Especifique a continuación: (1) formas de dosificación o dosificación probada; (2) explique el motivo médico]
- Solicitud de excepción al nivel del formulario** [Especifique a continuación: (1) medicamentos del formulario o preferidos contraindicados o probados que fracasaron, o probados que no son tan eficaces como el medicamento solicitado; (2) si es fracaso terapéutico, duración del tratamiento con cada medicamento y resultados adversos; (3) si no es tan eficaz, duración del tratamiento con cada medicamento y resultados]
- Otro** (explique a continuación)

**Explicación requerida:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_