

# SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo postal o fax:

Dirección: Número de fax: 855-633-7673  
CVS Caremark  
Coverage Determinations/Exceptions  
P.O. Box 52000  
Phoenix, AZ 85072-2000

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526), si usa TTY, llame al 711 o a través de nuestro sitio web en [www.FC2healthplan.com](http://www.FC2healthplan.com).

**Quién puede hacer una solicitud:** el profesional que le receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) haga una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Contáctenos para saber cómo designar un representante.

## Información del afiliado

|                        |                                     |                     |
|------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| Nombre del afiliado    |                                     | Fecha de nacimiento |
| Dirección del afiliado |                                     |                     |
| Ciudad                 | Estado                              | Código postal       |
| Teléfono               | Nro. de identificación del afiliado |                     |

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace esta solicitud no es el afiliado o el profesional que receta:**

|  |        |               |
|--|--------|---------------|
| Nombre del solicitante                   |        |               |
| Relación del solicitante con el afiliado |        |               |
| Dirección                                |        |               |
| Ciudad                                   | Estado | Código postal |
| Teléfono                                 |        |               |

**Documentación de representación para solicitudes hechas por otra persona que no sea el afiliado o el profesional que receta al afiliado:**

**Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un documento equivalente por escrito). Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan o llame a 1-800-Medicare.**

**Nombre del medicamento recetado que está solicitando** (si conoce, incluya la concentración y la cantidad solicitada por mes):

**Tipo de solicitud de determinación de cobertura**

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).\*
- He estado usando un medicamento que estaba incluido anteriormente en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se eliminará o se eliminó de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).\*
- Solicito autorización previa para el medicamento que recetó el profesional autorizado para prescribir mis recetas.\*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento recetado por el profesional médico (excepción al formulario).\*
- Solicito una excepción al límite del plan sobre la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad de píldoras que recetó el profesional autorizado para prescribir mis recetas (excepción al formulario).\*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que recetó el profesional autorizado para prescribir mis recetas que lo que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el menor copago (excepción al nivel).\*
- He estado usando un medicamento que solía estar incluido en un nivel de copago más bajo, pero se pasará o se pasó a un nivel de copago más alto (excepción al nivel).\*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento de lo que debería cobrar.
- Quiero que se me reembolse por un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

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

Información adicional que debemos considerar (*adjunte todo documento de respaldo*):

---

---

---

---

**Nota importante: Decisiones rápidas**

Si usted o el profesional que receta creen que esperar 72 horas para la decisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión rápida. Si el profesional que receta indica que esperar 72 horas podría poner en grave peligro su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el respaldo del profesional que receta para una solicitud rápida, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo del profesional que receta, adjúntela a esta solicitud).**

|               |               |
|---------------|---------------|
| <b>Firma:</b> | <b>Fecha:</b> |
|---------------|---------------|

**Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa**

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

**SOLICITUD DE REVISIÓN RÁPIDA: Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas puede poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o la capacidad del afiliado para recuperar la función máxima.**

| Información del profesional que receta |        |               |
|--|--------|---------------|
| Nombre                                 |        |               |
| Dirección                              |        |               |
| Ciudad                                 | Estado | Código postal |
| Teléfono del consultorio               |        | Fax           |
| Firma del profesional que receta       |        | Fecha         |

| <b>Diagnóstico e información médica</b>   |  |   |
|---|--|---|
| Medicamento:  | Concentración y vía de administración:       | Frecuencia:   |
| Fecha de inicio:<br><input type="checkbox"/> <b>NUEVO INICIO</b>  | Duración prevista de la terapia:             | Cantidad por 30 días  |
| Altura/Peso:  | Alergias a medicamentos:                     |   |
| <b>DIAGNÓSTICO: enumere todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes.</b><br>(Si la afección que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que lo causa, si se conoce) |  | Código(s) ICD-10  |
| <b>Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:</b>   |  | Código(s) ICD-10  |
| <b>ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las afecciones que requieren el medicamento solicitado)</b>  |  |   |
| <b>MEDICAMENTOS PROBADOS</b><br>(si el límite de cantidad es un problema, enumere la dosis unitaria/dosis diaria total probada)   | <b>FECHAS de las pruebas de medicamentos</b> | <b>RESULTADOS de pruebas de medicamentos anteriores</b><br><b>FRACASO o INTOLERANCIA (explicar)</b> |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
| ¿Qué régimen farmacológico sigue el afiliado para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?   |  |   |

| <b>SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO</b>   |
|--|
| ¿La <b>FDA ADVIRTIÓ ALGUNA CONTRAINDICACIÓN</b> para el medicamento solicitado?<br><input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>   |
| ¿Tiene alguna inquietud sobre una posible <b>INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA</b> por agregar el medicamento solicitado al régimen farmacológico actual del afiliado?<br><input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>                  |
| Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente es sí, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios y los posibles riesgos a pesar de la inquietud señalada y 3) realice un plan de monitoreo para garantizar la seguridad |

