



SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE COBERTURA  
DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Puede enviar este formulario por correo o fax:

**Dirección:**  
**OneCare (HMO D-SNP) Customer Service**  
**505 City Parkway West**  
**Orange, CA 92868**

**Número de fax:**  
**1-858-357-2556**

También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono llamando gratuitamente al **1-877-412-2734** o a través de nuestra página web en **www.caloptima.org/onecare**.

**¿Quién puede presentar una solicitud?** El médico que le recetó el medicamento puede solicitar una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otro individuo (como un pariente o amigo) presente esta solicitud en su nombre, ese individuo debe ser su representante. Llámenos para conocer cómo nombrar a un representante.

**Información del afiliado**

Nombre del afiliado		Fecha de nacimiento
Dirección del afiliado		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Número de identificación del afiliado	

**SOLAMENTE llene esta sección si el solicitante no es el afiliado ni el médico quien recetó el medicamento:**

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

**Documento afirmando su nombramiento como representante si la solicitud es hecha por otra persona que no sea el afiliado o el médico quien recetó el medicamento:**

**Adjunte documentación que muestre su autoridad para representar al afiliado (el formulario de Nombramiento de representante CMS-1696 o un acuerdo escrito equivalente). Llame al plan o al 1-800-MEDICARE para más información sobre cómo nombrar a un representante.**

**Nombre del medicamento recetado que está solicitando** (si las 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 a la lista de medicamentos).\*
- He estado usando un medicamento que antes estaba en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero va a ser o fue retirado de la lista durante el año del plan (excepción a la lista de medicamentos).\*
- Estoy solicitando una autorización previa para el medicamento que me recetó el médico.\*
- Estoy solicitando una excepción al requisito que indica que debo probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó el médico (excepción a la lista de medicamentos).\*
- Estoy solicitando una excepción de límite a la cantidad de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir para que pueda obtener el número de pastillas que me recetó el médico (excepción a la lista de medicamentos).\*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto para el medicamento que me recetó el médico que lo que cobra por otro medicamento para tratar mi enfermedad, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).\*
- He estado usando un medicamento que antes estaba en un nivel de copago más bajo, pero que va a ser movido o fue movido a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).\*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto de lo debido.
- Quiero un reembolso por un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

**\*AVISO: Si está solicitando una excepción a la lista de medicamentos o de nivel, el médico que le recetó el medicamento DEBE proporcionar una declaración apoyando su solicitud. Las solicitudes que requieren una autorización previa (o cualquier otro requisito de utilización), podrían requerir información de apoyo. El médico que le recetó el medicamento puede usar el formulario adjunto titulado "Información de apoyo para una solicitud de excepción o autorización previa" para apoyar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte cualquier documento de apoyo*):

---

---

---

**Aviso importante: decisiones rápidas (aceleradas)**

Si usted o el médico que le recetó el medicamento considera que esperar 72 horas para una decisión normal podría afectar gravemente su vida, salud o capacidad de recuperar su función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el médico que le recetó el medicamento indica que esperar 72 horas podría afectar gravemente su salud, le daremos una decisión automáticamente en un plazo de 24 horas. Si no obtiene el apoyo del médico que le recetó el medicamento para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si está solicitando un reembolso para un medicamento que ya recibió.

**MARQUE LA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 24 HORAS (adjunte la declaración de apoyo del médico que le recetó el medicamento si es que tiene una).**

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

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

Las solicitudes de EXCEPCIÓN A LA LISTA DE MEDICAMENTOS y de NIVEL no pueden ser procesadas sin una declaración de apoyo del médico que le recetó el medicamento. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de apoyo.

**SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN RÁPIDA: Al marcar esta casilla y con mi firma a continuación, yo afirmo que esperar el plazo de 72 horas para una revisión normal podría afectar gravemente la vida, salud o capacidad de recuperar la función máxima del afiliado.**

Información sobre el médico que recetó el medicamento		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio		Fax
Firma del médico		Fecha

Diagnóstico e información clínica		
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: incluya todos los diagnósticos tratados con el medicamento solicitado y los códigos de ICD-10 correspondientes.</b> (Si la afección médica tratada con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor de pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si se conoce).			Código(s) de ICD-10
<b>Otros DIAGNÓSTICOS PERTINENTES:</b>			Código(s) de ICD-10
<b>ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS:</b> (para el tratamiento de las afecciones 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 FRACASOS vs. INTOLERANCIA (explique):</b>	
¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del afiliado para tratar las afecciones médicas que requieren el medicamento solicitado?			

<b>SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO</b>	
¿Existe alguna <b>CONTRAINDICACIÓN ESTABLECIDA POR LA ADMINISTRACIÓN DE DROGAS Y ALIMENTOS (FDA)</b> para el medicamento solicitado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Existe alguna inquietud sobre la posible <b>INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS</b> al agregar el medicamento solicitado al régimen actual del afiliado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si respondió alguna de las preguntas anteriores de manera afirmativa: (1) explique el problema; (2) analice los beneficios y los riesgos a pesar de la inquietud destacada; e (3) incluya el plan de vigilancia para garantizar la seguridad.	
<b>GESTIÓN DE ALTOS RIESGOS DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES</b>	
Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el fármaco solicitado superan los riesgos de este paciente de edad avanzada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>OPIOIDES (conteste las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)</b>	
¿Cuál es la dosis equivalente a la morfina ( <b>MED</b> ) diaria total?	<input type="text"/> mg/día
¿Está al tanto de otros médicos que le recetan opioides a este afiliado? En caso afirmativo, explique:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿La MED diaria declarada es necesaria por motivos médicos?  SÍ  NO  
¿Sería insuficiente una dosis de MED diaria total inferior para controlar el dolor del afiliado?  SÍ  NO

### FUNDAMENTOS PARA LA SOLICITUD

**Los medicamentos alternativos están contraindicados o se probaron anteriormente, pero se obtuvieron resultados adversos, como toxicidad, alergia o fracaso terapéutico.**

[Especifique a continuación si no se declaró anteriormente en la sección ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS de este 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 de la lista de medicamentos 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 sospechado y por qué se sospecha tal resultado; p. ej., ha sido difícil controlar la afección médica (se probaron muchos medicamentos, se requieren múltiples medicamentos para controlar la afección médica), el paciente tuvo un resultado adverso significativo en ocasiones en la que no se ha controlado la afección 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 clínica; (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 de nivel de la lista de medicamentos.** [Especifique a continuación si no se declaró anteriormente en la sección ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS de este formulario: (1) medicamentos de la lista de medicamentos 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 de la lista de medicamentos están contraindicados].

**Otro** (explique a continuación)

**Explicación requerida** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en OneCare depende en la renovación del contrato. OneCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Llame a Servicios para Miembros de OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Anexos:

- Aviso de no discriminación
- Aviso de ayuda lingüística