



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

Puede enviarnos este formulario por correo o fax:

Dirección:
MedImpact HealthCare Services
Attn: Prior Authorization Department
10181 Scripps Gateway Court
San Diego, CA 92131

Número de fax:
1-858-790-7100

También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono al 1-888-254-9907 (TTY: 711) o a través de nuestro sitio web en <https://mp.medimpact.com/partdcoverage/determination>.

¿Quién puede realizar la solicitud? La persona autorizada a dar recetas puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un miembro de la familia o un amigo) realice una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Contáctenos para obtener información sobre cómo designar a un representante.

Información de la persona inscrita

| | | |
|----------------------------------|---|---------------------|
| Nombre de la persona inscrita | | Fecha de nacimiento |
| Dirección de la persona inscrita | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Teléfono | Número de identificación de la persona inscrita | |

Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es la persona inscrita o la persona autorizada a dar recetas:

| | | |
|--|--------|---------------|
| Nombre del solicitante | | |
| Relación del solicitante con la persona inscrita | | |
| Dirección | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Teléfono | | |

Documentación de representación para solicitudes realizadas por alguien que no sea la persona inscrita o la persona autorizada a dar recetas:

Adjunte documentación que muestre la autoridad para representar a la persona inscrita (un formulario CMS-1696 de autorización de representación completado o un equivalente escrito). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al **1-800-Medicare**.

| |
|---|
| Nombre del medicamento con receta que solicita (si lo sabe, incluya la concentración y 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 previamente incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que será retirado o fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que la persona autorizada a dar recetas me ha recetado.*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó la persona autorizada a dar recetas (excepción al formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan sobre la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para que pueda obtener la cantidad de píldoras recetada por la persona autorizada a dar recetas (excepción al formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento recetado por la persona autorizada a dar recetas que el que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).*
- He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero que será trasladado o fue trasladado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto del que me debería haber cobrado por un medicamento.
- Quiero recibir un reembolso por un medicamento con receta cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: si solicita una excepción al formulario o de nivel, la persona autorizada a dar recetas DEBE presentar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de administración de utilización) pueden requerir información de respaldo. La persona autorizada a dar recetas puede usar el documento adjunto, "Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa", para respaldar su solicitud.**

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

Nota importante: decisiones aceleradas

Si usted o la persona autorizada a dar recetas creen que esperar 72 horas por una decisión estándar podría perjudicar seriamente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona autorizada a dar recetas indica que esperar 72 horas podría perjudicar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el respaldo de la persona autorizada a dar recetas para realizar una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos pide que le reembolsemos el costo de 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 de la persona autorizada a dar recetas, adjúntela a esta solicitud).

Firma:

Fecha:

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN al FORMULARIO y de EXCEPCIÓN DE NIVEL no pueden procesarse sin una declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

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

| | | |
|---|--------|---------------|
| Información de la persona autorizada dar recetas | | |
| Nombre | | |
| Dirección | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Teléfono del consultorio | Fax | |
| Firma de la persona autorizada dar recetas | | Fecha |

| | | |
|---|--|--------------|
| Diagnóstico e información médica | | |
| Medicamento: | Concentración y vía de administración: | Frecuencia: |
| Nueva receta O Fecha de inicio del tratamiento: | Duración estimada del tratamiento: | Cantidad: |
| Estatura/Peso: | Alergias a medicamentos: | Diagnóstico: |

| | | |
|--|--|--|
| Razón de la solicitud | | |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos alternativos contraindicados o probados previamente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o falla del tratamiento [Especifique a continuación: (1) medicamentos contraindicados o probados; (2) resultado adverso para cada uno; (3) si falló el tratamiento, duración del tratamiento con cada medicamento] | | |
| <input type="checkbox"/> El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con el cambio de medicamentos [Especifique a continuación: resultado clínico adverso significativo anticipado] | | |
| <input type="checkbox"/> Necesidad médica de una forma farmacéutica diferente y/o una dosis más alta [Especifique a continuación: (1) formas farmacéuticas y/o dosis probadas; (2) explique la razón médica] | | |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de excepción de nivel del formulario [Especifique a continuación: (1) medicamentos del formulario o preferidos contraindicados o probados y con resultado fallido, o probados y no tan efectivos como el medicamento solicitado; (2) si falló el tratamiento, la duración del tratamiento con cada medicamento y el resultado adverso; (3) si no fue lo suficientemente efectivo, la duración del tratamiento con cada medicamento y el resultado] | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (explique a continuación) | | |
| Explicación requerida _____ _____ _____ | | |

CCA Health California es un plan Medicare Advantage HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-333-3530 (TTY: 711). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-333-3530 (TTY:711). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-333-3530(TTY:711)。El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera de nuestro horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.