

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

Nos puede enviar este formulario por correo o fax:

Dirección:  
**CVS/Caremark**  
**P.O.Box 520000 MC109**  
**Phoenix, AZ 85072-2000**

Número de fax:  
**855-633-7673**

Para solicitarnos una determinación de cobertura también puede llamar al **1-866-443-0935** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o a través de nuestro sitio web **www.elderplanfida.org**.

**Quién puede solicitar una determinación:** la persona que emite la receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un miembro de la familia o amigo) solicite una determinación por usted, esa persona debe ser su representante. Para obtener información sobre cómo nombrar a un representante, póngase en contacto con nosotros.

**Información del inscrito**

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

Dirección del inscrito \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ N.º de identificación del inscrito \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza la solicitud no es el inscrito ni la persona que emite la receta:**

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

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

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Documentación de representación para las solicitudes realizadas por una persona que no sea el inscrito ni la persona que emite la receta:**

**Adjunte la documentación que certifique la autorización para representar al inscrito (un Formulario CMS-1696 de Autorización de representante completo o un documento equivalente por escrito). Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, póngase en contacto con su plan o llame al 1-800-Medicare.**

**Nombre del medicamento con receta que solicita** (si lo sabe, 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 tomando un medicamento que estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero lo están por retirar o lo retiraron de la lista durante el año del plan (excepción al formulario). \*
- Solicito autorización previa para el medicamento que me recetó la persona que emite la receta. \*
- Solicito una excepción al requisito que exige que trate primero con otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó la persona que emite la receta (excepción al formulario). \*
- Solicito una excepción al límite del plan en cuanto a la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad que me recetó la persona que emite la receta (excepción al formulario). \*
- Deseo que me reembolsen el monto que pagué de mi bolsillo por un medicamento con receta cubierto.

**\*NOTA: si solicita una excepción al formulario, la persona que emite la receta DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Es posible que las solicitudes sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de administración de utilización) requieran información de respaldo. La persona que emite la receta puede utilizar el documento adjunto “Información de respaldo de 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 que emite la receta creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima,

pueden solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que emite la receta indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el respaldo de la persona que emite la receta para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si pide un reembolso para un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que emite la receta, adjúntela a esta solicitud).**

**Información de respaldo de la solicitud de excepción o autorización previa**

Las solicitudes de **EXCEPCIÓN AL FORMULARIO** no pueden procesarse sin la declaración de respaldo de la persona que emite la receta. Es posible que las solicitudes de **AUTORIZACIÓN PREVIA** requieran información de respaldo.

**SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA:** al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que aplicar el plazo de revisión estándar que tarda 72 horas podría poner en serio peligro la vida, la salud o la capacidad del inscrito de recuperar la función máxima.

**Información de la persona que emite la receta**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono del consultorio \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Firma de la persona que emite la receta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Diagnóstico e información de salud**

Medicamentos:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Nuevo medicamento con receta O fecha de iniciación del tratamiento:	Duración esperada del tratamiento:	Cantidad:
Altura/peso:	Alergias a medicamentos:	Diagnóstico:

**Razón de la solicitud**

- Medicamentos alternativos contraindicados o que el paciente ya probó, pero con resultados adversos, por ej., toxicidad, alergia o falla terapéutica** [especifique a continuación: (1) medicamentos contraindicados o probados; (2) resultados adversos de cada uno; (3) si hubo falla terapéutica, duración del tratamiento con cada medicamento]
- El paciente está estable con el (los) medicamento(s) actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos importantes con el cambio de medicamento** [especifique a continuación: Resultados clínicos adversos importantes previstos]
- Necesidad médica de fórmula de dosis diferente y/o mayor** [especificar a continuación: (1) fórmula de dosis y/o dosis probada; (2) explique razón médica]

**Otra** (explique a continuación)

**Explicación requerida:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_