

## SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE COBERTURA POR MEDICAMENTOS RECETADOS

Este formulario lo puede enviar por correo o por fax:

Dirección:  
Atención: Departamento de Farmacia  
Doctors HealthCare Plans, Inc.  
2020 Ponce De Leon Blvd., PH 1  
Coral Gables, FL 33134

Número de Fax:  
858-357-2614

Usted también puede pedirnos una determinación de cobertura por teléfono llamando al 786-460-3427 o a través de nuestro sitio web en [www.doctorshcp.com](http://www.doctorshcp.com).

**Quién Puede Presentar una Solicitud:** El médico que recetó el medicamento puede solicitar una determinación de cobertura en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un miembro de la familia o un amigo) haga una solicitud en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información acerca de cómo nombrar un representante.

Información del Asociado		
Nombre del Asociado		Fecha de Nacimiento
Dirección del Asociado		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		# de Identificación de Asociado

### Llene la siguiente sección SOLO si la persona que está haciendo la solicitud no es el asociado o el médico que recetó el medicamento:

Nombre del Solicitante		
Relación del Solicitante al Asociado		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		

### Documentación de Representación para solicitudes hechas por alguien que no sea el asociado o el médico recetador del asociado:

**Adjuntar documentación que muestre la autoridad para representar al asociado (Un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 lleno o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre el nombramiento de un representante, comuníquese con su plan o llame a 1-800-Medicare.**

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

**Tipo de Solicitud de Determinación de Cobertura**

- Necesito un medicamento que no figura en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción de formulario).\*
- He estado usando un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se está retirando o fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción de formulario).\*
- Solicito autorización previa para el medicamento que mi médico recetó.\*
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que mi médico recetó (excepción de formulario).\*
- Solicito una excepción al límite del plan en cuanto al número de pastillas (límite a la cantidad) que puedo recibir para que pueda obtener el número de pastillas que mi médico recetó (excepción de formulario).\*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que mi médico recetó de lo que cobra por otro medicamento que se usa para tratar mi condición, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).\*
- He estado usando un medicamento que antes estaba incluido en un nivel más bajo de copago, pero se está moviendo a o se movió a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).\*
- Mi plan de medicamentos me cobró un nivel de copago más alto por un medicamento de lo que debería haber cobrado.
- Quiero recibir un reembolso por un medicamento recetado cubierto que pagué como desembolso personal.

**\*NOTA: Si usted está pidiendo una excepción de formulario o de nivel, el médico recetador DEBE proveer una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de manejo de utilización), podría requerir información de respaldo. Su médico puede utilizar el formulario “Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa” que se adjunta para apoyar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjuntar los documentos de respaldo*):

---

---

---

---

**Nota Importante: Decisiones Aceleradas**

Si usted o su médico considera que el esperar 72 horas para una decisión estándar podría poner en peligro su vida, su salud, o la capacidad de recuperar la función máxima, puede pedir una decisión acelerada (rápida). Si su médico indica que el esperar 72 horas podría perjudicar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de 24 horas. Si usted no obtiene el apoyo de su médico para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede pedirnos una determinación de cobertura acelerada si usted nos está pidiendo que paguemos por un medicamento que ya ha recibido.

- MARQUE ESTA CASILLA SI USTED CONSIDERA QUE NECESITA UN A DECISIÓN DENTRO DE 24 HORAS (si usted tiene una declaración de respaldo de su médico, favor de adjuntarla a esta solicitud).**

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

## Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa

Las solicitudes para EXCEPCIONES DE FORMULARIO O NIVEL no pueden ser procesadas sin una declaración de respaldo de un médico. Es posible que las solicitudes para AUTORIZACIONES PREVIAS requieran información de respaldo.

- SOLICITUD PAR A REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar a continuación, yo certifico que el aplicar el plazo para una revisión estándar de 72 horas podría poner en peligro la vida o la salud del asociado o la capacidad de recuperar la función máxima del asociado.**

Información del Médico Recetador		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de la Consulta	Fax	
Firma del Médico Recetador		Fecha

Diagnóstico e Información Médica		
Medicamento:	Concentración y Vía de Administración:	Frecuencia:
Fecha en que se Inició la Terapia: <input type="checkbox"/> <b>NUEVO INICIO</b>	Duración Prevista de la Terapia:	Cantidad por 30 días:
Altura/Peso:	Alergias a Medicamentos:	

<b>Diagnóstico - Por favor, enumere todos los diagnósticos que se tratan con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes.</b> (Si la condición médica tratada con el medicamento solicitado se trata de un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor de pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa el(los) síntoma(s), si se conoce).	ICD-10 código(s)
<b>Otros Relevantes Diagnósticos:</b>	ICD-10 código(s)

**Historial de Medicamentos:** (para el tratamiento de la(s) afección(es) que requiere el medicamento solicitado)

<b>Medicamentos Probados</b> <small>(si el límite de cantidad es un problema, de la dosis unitaria/dosis diaria total probada)</small>	<b>Fechas de pruebas de medicamentos</b>	<b>RESULTADOS de pruebas medicamentos FALLO vs INTOLERANCIA (explique):</b>

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del asociado para la(s) condición(s) que requiere el medicamento solicitado?

## SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

¿Existe alguna CONTRAINDICACIÓN ESTABLECIDA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS DE LOS EE. UU. (FDA) respecto del medicamento solicitado?  SÍ  NO

¿Existe alguna preocupación respecto de INTERACCIONES CON OTROS MEDICAMENTOS al agregar el medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del asociado?  SÍ  NO

Si alguna de las preguntas anteriores se respondió de manera afirmativa, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios y los riesgos a pesar de la inquietud destacada, y 3) controle el plan para garantizar la seguridad.

## GESTIÓN DE RIESGOS ALTOS DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES

Si el asociado tiene más de 65 años de edad, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el fármaco solicitado superan los riesgos de este paciente mayor de edad?  SÍ  NO

### OPIOIDES (por favor, complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide):

¿Cuál es la dosis equivalente a la morfina (MED, por sus siglas en inglés) diaria total?  mg/día

¿Está al tanto de otros médicos que le receten opioides a este asociado?  SÍ  NO  
En caso afirmativo, explique

¿La MED diaria declarada es necesaria por razones médicas?  SÍ  NO

Una dosis de MED diaria total inferior, ¿sería insuficiente para controlar el dolor del asociado?  SÍ  NO

## JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

**Medicamento(s) alternativo(s) contraindicado o tratado previamente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergias o fracaso terapéutico** [Por favor, especifique a continuación si no se declaró anteriormente en la sección ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS del 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 del formulario están contraindicados].

**Paciente se encuentra estable con el(los) medicamento(s) que está tomando actualmente; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con un cambio de medicamento.** Se debe brindar una explicación específica de cualquier resultado clínico significativamente adverso previsto y por qué tal resultado adverso significativo podría preverse; p. ej., ha sido difícil controlar la condición médica (se probaron muchos medicamentos, se requieren múltiples medicamentos para controlar la condición médica), el paciente tuvo un resultado adverso significativo en ocasiones en la que no se ha controlado la condición 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 para forma de dosis diferente y/o dosis más alta.** [Especifique a continuación: (1) dosificaciones y/o dosis probadas y resultado de las pruebas de medicamentos; (2) razón médica; (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 para excepción de nivel del formulario.** [Especifique a continuación si no se declaró en la sección ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS que figura más arriba en este formulario: (1) medicamentos del formulario 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 del formulario están contraindicados].

**Otro** (explicar a continuación)

Explicación Requerida:

---

---

---

## LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Doctors HealthCare Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, embarazo, género, identidad de género o religión.

Doctors HealthCare Plans, Inc. proporciona: (1) ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo, intérpretes de lengua de signos calificados, información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos); (2) servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo, intérpretes calificados, información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si cree que Doctors HealthCare Plans, Inc., no ha proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de alguna manera, puede presentar una queja ante: **Doctors HealthCare Plans, Inc.**, Atención: Departamento de Servicios al Asociado, 2020 Ponce de Leon Blvd., PH 1, Coral Gables, FL 33134 o llame al (786) 460-3427 o al (833) 342-7463, TTY:711; 7 días a la semana; 8AM a 8PM EST.

Puede presentar una queja llamando, en persona o por correo. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, nuestros representantes de Servicios al Asociado están disponibles para ayudarlo al número que se menciona arriba. También puede presentar una queja de derechos civiles electrónicamente a través de los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en: **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; (800) 368-1019 o (800) 537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICE / SERVICIO DE INTÉRPRETE MULTILINGÜE

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (833) 342-7463 (TTY:711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al (833) 342-7463 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务,帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务,请致电 (833) 342-7463 (TTY:711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問,為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務,請致電 (833) 342-7463 (TTY:711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamat. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa (833) 342-7463 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au (833) 342-7463 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi (833) 342-7463 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter (833) 342-7463 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (833) 342-7463 (TTY:711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону (833) 342-7463 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:**

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (833) 342-7463 (TTY:711). سيقوم شخص بمساعدتك. هذه خدمة مجانية ما يتحدث العربية.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero (833) 342-7463 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número (833) 342-7463 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (833) 342-7463 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer (833) 342-7463 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Hindi:** हमारे सवा य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी परन के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया परापत करने के लिए, बस हमों (833) 342-7463 (TTY:711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Japanese:** 当社の健康健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、(833) 342-7463 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。