



**SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE COBERTURA  
DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE**

**Utilice este formulario para solicitar una determinación de cobertura a nuestro plan.**

También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono, llamando al 1-877-412-2734 (TTY 711) o a través de nuestro sitio web en [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare). Usted, su médico o proveedor que receta el medicamento, o bien su representante autorizado pueden presentar esta solicitud.

**Información del miembro del plan**

|           |                                      |
|-----------|--------------------------------------|
| Nombre    | Fecha de nacimiento                  |
| Dirección | Ciudad                               |
| Estado    | Código postal                        |
| Teléfono  | Número de identificación del miembro |

**Complete esta sección si la persona que realiza esta solicitud no es el miembro del plan o el proveedor que receta el medicamento:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Parentesco con el miembro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Dirección (incluya ciudad, estado y código postal)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Teléfono                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Adjunte la documentación que demuestre que la persona está autorizada para representar al miembro (Formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un documento equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar un representante, llame a nuestro plan o al 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. |

**Nombre del medicamento que se solicita** (incluya información sobre la dosis y la cantidad si está disponible)

### Tipo de solicitud

- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto del que correspondía para ese medicamento.
- ☐ Quiero que me reembolsen por un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo.
- ☐ Solicito una autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información de respaldo).

**Para los tipos de solicitudes descritas a continuación, el proveedor que receta el medicamento DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud.** El médico que receta el medicamento puede completar las páginas 3 y 4 de este formulario, "Información de apoyo para una solicitud de excepción o autorización previa".

- ☐ 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 excepción al requisito que indica que debo probar otro medicamento antes de obtener el medicamento recetado (excepción a la lista de medicamentos).
- ☐ Estoy solicitando una excepción al límite estipulado por el plan sobre la cantidad de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir para que pueda obtener el número de pastillas que me han recetado (excepción a la lista de medicamentos).
- ☐ Estoy solicitando una excepción al requisito que indica que necesito una autorización previa del plan antes de obtener el medicamento recetado (excepción a la lista de medicamentos).
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento recetado que lo que cobra por otro medicamento para el tratamiento de mi enfermedad, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).
- ☐ He estado tomando o 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).

Información adicional que debemos considerar (*adjunte cualquier documentación que tenga para respaldar su solicitud*):

---

---

---

### ¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?

Si usted o el proveedor que receta el medicamento consideran que esperar 72 horas para una decisión estándar podría poner en grave peligro su vida, salud o capacidad para recuperar su máxima funcionalidad, puede solicitar una decisión rápida. Si el proveedor que receta el medicamento indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le daremos una decisión automáticamente en un plazo de 24 horas. Si no obtiene el respaldo del proveedor que receta el medicamento para solicitar una apelación rápida, entonces decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión rápida si está solicitando que el reembolso de un medicamento que ya recibió).

☐ **Sí, necesito una decisión en un plazo de 24 horas.** Si tiene una declaración de respaldo de parte del proveedor que receta el medicamento, adjúntela a esta solicitud.

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

### ¿Cómo enviar este formulario?

Envíe por fax o correo postal este formulario completado y cualquier información de respaldo a:

Dirección: Número de fax: 1-858-357-2556  
CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan  
505 City Parkway West Orange, CA 92868

**Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa**  
**Esta sección debe ser completada por el proveedor que receta el medicamento**

☐ **SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN RÁPIDA:** Al marcar esta casilla y con mi firma a continuación, certifico que esperar el plazo de 72 horas para una revisión estándar podría poner en grave peligro la vida, salud o capacidad para recuperar la máxima funcionalidad del miembro.

### Información del proveedor que receta el medicamento

|                                                    |       |
|----------------------------------------------------|-------|
| Nombre                                             |       |
| Dirección (incluya ciudad, estado y código postal) |       |
| Teléfono del consultorio                           |       |
| Fax                                                |       |
| Firma                                              | Fecha |

### Diagnóstico e información clínica

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Medicamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Concentración y vía de administración:                           |
| Frecuencia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Fecha de inicio:<br><input type="checkbox"/> <b>NUEVO INICIO</b> |
| Duración prevista de la terapia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Cantidad cada 30 días:                                           |
| Estatura/peso:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Alergias a medicamentos:                                         |
| <b>DIAGNÓSTICO: incluya todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes.</b><br>(Si la afección médica tratada con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor de pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si se conocen). |                                                                  |
| Código(s) ICD-10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |

|                                        |                         |
|----------------------------------------|-------------------------|
| <b>Otros DIAGNÓSTICOS PERTINENTES:</b> | <b>Código(s) ICD-10</b> |
|----------------------------------------|-------------------------|

**ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las afecciones médicas que requieren el medicamento solicitado)**

| <b>MEDICAMENTOS QUE SE HAN PROBADO</b><br>(si el límite de cantidad es un problema, incluya la dosis por unidad/la dosis diaria total probada) | <b>FECHAS de las pruebas de los medicamentos</b> | <b>RESULTADOS de pruebas de medicamentos anteriores</b><br><b>FRACASOS vs. INTOLERANCIA</b><br>(explique) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                |                                                  |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                |                                                  |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                |                                                  |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                |                                                  |                                                                                                           |

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del miembro para tratar las afecciones médicas que requieren el medicamento solicitado?

|                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>USO SEGURO DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Existe alguna <b>CONTRAINDICACIÓN CONSTATADA O CERTIFICADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE DROGAS Y ALIMENTOS (FDA)</b> para el medicamento solicitado?<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> SÍ   <input type="checkbox"/> NO</div>       |
| ¿Existe alguna inquietud sobre la posible <b>INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS</b> al agregar el medicamento solicitado al régimen actual del miembro?<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> SÍ   <input type="checkbox"/> NO</div> |
| Si respondió sí a cualquiera de las preguntas anteriores: (1) explique el problema; (2) analice los beneficios y los posibles riesgos a pesar de la inquietud destacada; e (3) incluya el plan de vigilancia para garantizar el uso seguro.                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PERSONAS MAYORES</b>                                                                                                                                                                                                                               |
| Si el miembro es mayor de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los posibles riesgos que pueda correr este paciente de edad avanzada?<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> SÍ   <input type="checkbox"/> NO</div> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OPIOIDES (conteste las siguientes 4 preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)</b>                                                                                                                                                                                                                              |
| ¿Cuál es la dosis equivalente de morfina al día ( <b>MED</b> )?<br><div style="text-align: right;"><input style="width: 100px;" type="text"/> mg/día</div>                                                                                                                                                                    |
| ¿Sabe de otros médicos que le recetan opioides a este miembro?<br>En caso afirmativo, explique:<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> SÍ   <input type="checkbox"/> NO</div>                                                                                                                            |
| ¿La MED diaria indicada es necesaria por motivos médicos?<br>¿Sería insuficiente una dosis de MED diaria total inferior para controlar el dolor del miembro?<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> SÍ   <input type="checkbox"/> NO<br/><input type="checkbox"/> SÍ   <input type="checkbox"/> NO</div> |

## FUNDAMENTOS PARA LA SOLICITUD

- ☐ **Los medicamentos alternativos que se probaron anteriormente, pero con resultados adversos, como toxicidad, alergia o fracaso terapéutico.** Especifique a continuación si no se indicó anteriormente en la sección ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS de este formulario: (1) los medicamentos probados y los resultados obtenidos; (2) si el resultado fue adverso, enumere los medicamentos y los resultados adversos de cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento con los medicamentos probados.
- ☐ **Los medicamentos alternativos contraindicados, no serían tan efectivos y probablemente causarían resultados adversos.** Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan efectivos o se anticiparía un resultado clínico adverso significativo y por qué se esperaría este resultado. En caso de contraindicaciones, detalle la razón específica por la cual están contraindicados los medicamentos de preferencia/otros medicamentos de la lista de medicamentos.
- ☐ **El paciente sufriría efectos adversos si se le exigiera cumplir con el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de por qué se anticiparía un resultado clínico adverso significativo y por qué se esperaría este resultado.
- ☐ **El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; existe un alto riesgo de resultados clínicos significativamente adversos 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; por ejemplo, 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 cuando la afección médica no se controló previamente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas frecuentes por síntomas graves, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento innecesarios), etc.
- ☐ **Necesidad médica de una dosis diferente y/o superior.** Especifique a continuación: (1) dosificaciones y/o dosis probadas y resultados obtenidos 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 indicó anteriormente en la sección ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS de este formulario: (1) los medicamentos de la lista de medicamentos o de preferencia probados y los resultados obtenidos de las pruebas de medicamentos; (2) si el resultado fue adverso, enumere 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, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento con los medicamentos probados; (4) en caso de contraindicaciones, detalle la razón específica por la cual están contraindicados los medicamentos de preferencia/otros medicamentos de la lista de medicamentos.
- ☐ **Otro** (explique a continuación):

---

---

---

---

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, es una organización de Medicare Advantage con contratos de Medicare y Medi-Cal. La inscripción en CalOptima Health OneCare depende de la renovación de los contratos. CalOptima Health 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 CalOptima Health OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Visítenos en **[www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare)**.

Anexos:

- Aviso de disponibilidad y Aviso de no discriminación