



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

Puede enviarnos este formulario por correo postal o fax:

Dirección:
7050 S. Union Park Center Drive, Suite 200
Midvale, Utah 84047

Número de fax:
(866) 290-1309

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono llamando al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este o a través de nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Duals.

Quién puede presentar una solicitud: Su recetador puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona, (como un familiar o amigo) realice una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar un representante.

Información del afiliado

Nombre de la persona inscrita		Fecha de nacimiento
Dirección del afiliado		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	N.º de identificación del miembro	

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace esta solicitud no es el inscrito o el recetador:

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

**Documentos de representación para solicitudes hechas por alguien que no sea el inscrito o el
recetador del inscrito:**

Adjunte la documentación que muestra la autoridad para representar al inscrito (un Formulario de autorización para representación CMS-1696 con sus datos o un documento escrito equivalente). Si desea obtener más información sobre el nombramiento de un representante, comuníquese con su plan de salud o al 1-800-Medicare.

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

Tipo de solicitud para determinación de cobertura

- ☐ Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción de formulario)*.
- ☐ Estuve recibiendo un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero ha sido eliminado o fue eliminado de esta lista durante el año del plan (excepción de formulario)*.
- ☐ Solicito autorización previa para el medicamento que mi recetador ha recetado*.
- ☐ Solicito una excepción al requisito de probar con otro medicamento antes de recibir el medicamento que mi recetador me recetó (excepción de formulario)*.
- ☐ Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir para que, de ese modo, pueda obtener la cantidad de pastillas que me recetó mi recetador (excepción de formulario)*.
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que me recetó mi recetador que por otro medicamento para tratar mi afección y quiero pagar el copago más bajo (excepción de categoría)*.
- ☐ He estado recibiendo un medicamento que, anteriormente, estaba incluido en una categoría de copago más baja, pero se está moviendo o se movió a una categoría de copago más alta (excepción de categoría)*.
- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento que debería tener.
- ☐ Quiero que se me reembolse un medicamento recetado cubierto por el que pagué en efectivo.

***TENGA EN CUENTA: Si está solicitando un formulario o excepción de categoría, su recetador DEBE brindar una declaración apoyando su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a una autorización previa (u otro requisito de utilización), pueden requerir información de respaldo. Su recetador puede utilizar la “Información de apoyo para una solicitud de excepción o autorización previa” adjunta para apoyar su solicitud.**

Información adicional que debemos tener en cuenta (*adjunte cualquier documento de respaldo*):

Nota importante: Determinaciones aceleradas

Si usted o su recetador consideran que esperar 72 horas por una decisión estándar puede afectar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperarse plenamente, usted puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su recetador indica que esperar 72 horas puede afectar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 24 horas. Si no obtiene el apoyo de su recetador para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos solicita que paguemos por un medicamento que ya recibió.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 24 HORAS (Si tiene una declaración de apoyo de su recetador, adjúntela a su solicitud).**

Firma:

Fecha:

Información de apoyo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN DE FORMULARIO y DE CATEGORÍA no pueden ser procesadas sin la declaración de apoyo del recetador. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

☐ **SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN ACELERADA: Al marcar este casillero y firmar más adelante, certifico que solicitar el plazo de 72 horas de la evaluación estándar puede poner en grave peligro la vida o la salud del inscrito o la capacidad del inscrito para recuperarse plenamente.**

Información del recetador

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

N.º de teléfono del consultorio

Fax

Firma del recetador

Fecha

Diagnóstico e información médica

Medicamentos:

Dosis y ruta de administración:

Frecuencia:

Nueva receta O fecha de terapia iniciada:

Duración esperada de la terapia:

Cantidad:

Altura/Peso:

Alergias al medicamento:

Diagnóstico:

Justificación para la Solicitud

☐ **Medicamentos alternativos contraindicados o probados previamente, pero con un resultado adverso, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** Especifique a continuación: (1) Medicamentos contraindicados o probados; (2) resultado adverso para cada uno; (3) si existe falla terapéutica, duración de la terapia para cada medicamento

☐ **El paciente está estable con sus medicamentos actuales; existe un alto riesgo de resultado clínico adverso significativo si se cambia de medicamento** Especifique a continuación: Se anticipa un resultado clínico adverso significativo

☐ **Necesidad médica de distinta forma de dosificación o mayor dosificación** Especifique a continuación: (1) Forma(s) de dosificación o dosificación probada; (2) explique la razón médica

☐ **Solicitud de excepción de categoría del formulario** Especifique a continuación: (1) Medicamentos de formulario o preferidos contraindicados o probados y que han fallado, o probados y no tan efectivos como el medicamento solicitado; (2) si hay falla terapéutica, duración de la terapia en cada medicamento y resultado adverso, (3) si no es tan efectivo, duración de la terapia en cada medicamento y resultado

☐ **Otro** (explique a continuación)

Explicación requerida _____

Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud con contratos con Medicare y Michigan Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.

Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.

H7844_19_17019_168_MIMMPRXCovDet es Accepted 9/14/2018