

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

Puede enviarnos este formulario por correo postal o por fax:

Dirección:  
7050 S. Union Park Center Drive, Suite 600  
Midvale, Utah 84047

Número de fax:  
(866) 290-1309

También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono llamando al (855) 665-4623 o mediante nuestro sitio web [MolinaHealthcare.com/Duals](http://MolinaHealthcare.com/Duals).

**Quién pueden presentar la solicitud:** El médico que le receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una solicitud en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para informarse de cómo nombrar a un representante.

**Información del afiliado**

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

**Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado ni el médico que le ha recetado los medicamentos:**

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

**Documentación sobre la representación para solicitudes presentadas por una persona que no sea el afiliado ni quien le ha recetado el medicamento:**

Adjunte documentación que demuestre la autorización para actuar como representante del afiliado (Formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un documento escrito equivalente). Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

**Nombre del medicamento recetado que solicita** (si lo sabe, incluya la dosis 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 del formulario).\*
- He estado usando un medicamento que estaba antes incluido en la Lista de medicamentos cubiertos por el plan, pero se va a retirar o ha sido retirado de la lista durante el año del plan (excepción del formulario).\*
- Solicito autorización previa para obtener el medicamento que el médico que me atiende me ha recetado.\*
- Solicito una excepción al requisito de que tenga que probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que el médico que me atiende me ha recetado (excepción del formulario).\*
- Solicito una excepción al límite que impone el plan sobre la cantidad de comprimidos (cantidad límite) que puedo recibir, para poder así obtener la cantidad recetada por el médico que me atiende (excepción del formulario).\*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que me recetó el médico que me atiende que el que cobra por otro medicamento que sirve para tratar mi afección, y deseo que se me aplique ese copago menor (excepción de nivel).\*
- He estado usando un medicamento que antes estaba incluido en un nivel de menor copago, pero se ha pasado o se va a pasar a un nivel de copago mayor (excepción de nivel).\*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago mayor que el debido por un medicamento.
- Deseo recibir un reembolso por un medicamento recetado que pagué de mi bolsillo.

**\*NOTA: Si solicita una excepción del formulario o de nivel, el médico que le haya recetado el medicamento DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que estén sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de gestión de la utilización) podrán requerir información de respaldo. El médico que le recete puede usar el formulario “Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa” adjunto para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos tomar en consideración (*adjunte cualquier documentación de respaldo*):

**Nota importante: Decisiones aceleradas**

Si usted o el médico que le receta consideran que esperar 72 horas por una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, salud o capacidad de recuperar el máximo de sus funciones, puede

solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el médico que le receta indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el respaldo del médico que le receta para una solicitud acelerada, decidiremos nosotros si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación acelerada sobre la cobertura si lo que solicita es el reembolso de un medicamento que ya ha recibido.

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

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

### Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIONES DEL FORMULARIO y DE NIVEL no pueden procesarse sin una declaración de respaldo del médico que haya hecho la receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

**SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA** Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que aplicar el plazo de 72 horas de la revisión estándar podría implicar un grave riesgo para la vida o la salud del afiliado, o su capacidad de recuperar el máximo de sus funciones.

Información del médico que receta			
Nombre			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono del consultorio		Fax	
Firma del médico que receta			Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Dosis y vía de administración:	Frecuencia de administración:
Medicamento nuevo O Fecha de inicio del tratamiento:	Duración prevista del tratamiento:	Cantidad:
Estatura/peso:	Alergias a medicamentos:	Diagnóstico:

### Justificación de la solicitud

**Alternativas de medicamentos que estén contraindicados o se hayan probado anteriormente con un resultado adverso, tal como toxicidad, alergias o ineficacia terapéutica.** Especificar a continuación: (1) medicamentos contraindicados o ya probados; (2) resultado adverso de cada uno; (3) En el caso de ineficacia terapéutica, indique la duración del tratamiento con cada uno de los medicamentos

**El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de un resultado clínico adverso importante ante un cambio de medicamento.** Especificar a continuación: Resultado clínico adverso importante previsto

**Necesidad médica de una presentación farmacéutica distinta o una dosis más alta.** Especificar a continuación: (1) Presentaciones farmacéuticas o dosis probadas; (2) explicar el motivo médico

**Solicitud de una excepción de nivel del formulario.** Especificar a continuación: (1) Medicamentos del formulario o de preferencia que estén contraindicados, que se hayan probado y no hayan servido, o que se hayan probado y no hayan sido tan eficaces como el medicamento solicitado; (2) En el caso de ineficacia terapéutica, indique la duración del tratamiento con cada medicamento y el resultado adverso; (3) En el caso de menor eficacia terapéutica, indique la duración del tratamiento con cada medicamento y el resultado adverso;

**Otros** (explicar a continuación)

**Explicación requerida** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El plan Molina Dual Options MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que contrata con Medicare y Medicaid de Ohio para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede obtener gratuitamente este documento en otros formatos, tales como letra grande, braille o audio. Llame al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. La llamada es gratuita.

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/multi-language-taglines.aspx>