



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

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

También puede solicitar una determinación de cobertura llamando a Servicios al Miembro al 1-800-977-7522 (TTY: 711) o a través de nuestro sitio web, [www.Wellcare.com/allwellIN](http://www.Wellcare.com/allwellIN).

Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Hay un sistema de mensajería disponible después del horario de atención, los fines de semana y los feriados federales. Usted, su médico, el profesional que expide recetas o su representante autorizado pueden realizar esta solicitud.

**Persona inscrita en el plan**

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad
Estado	Código postal
Teléfono	N.º de identificación (ID) de miembro

**Si la persona que realiza esta solicitud no es la persona inscrita en el plan ni el profesional que expide recetas:**

Nombre del solicitante
Relación con la persona inscrita en el plan
Dirección (incluya ciudad, estado y código postal)
Teléfono
<input type="checkbox"/> Junto con este formulario, presente documentación que demuestre su autoridad para representar a la persona inscrita (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con nuestro plan o llame al 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

<b>Nombre del medicamento al que se refiere esta solicitud</b> (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 debería haberme cobrado por un 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 que se enumeran a continuación, el profesional que expide recetas DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud.** El profesional que expide recetas puede completar las páginas 4 a 6 de este formulario, "Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa".

- Necesito un medicamento que no está en la Lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al Formulario).
- He estado usando un medicamento que estaba en la Lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se eliminó o se eliminará durante el año del plan (excepción al Formulario).
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener un medicamento recetado (excepción al Formulario).
- Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo obtener para poder obtener la cantidad de píldoras que me recetaron (excepción al Formulario).
- Solicito una excepción a las reglas de autorización previa del plan que debo cumplir antes de obtener un medicamento recetado (excepción al Formulario).
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por un medicamento recetado que por otro medicamento para tratar mi condición, y yo quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).
- He estado usando un medicamento que estaba en un nivel de copago más bajo antes, pero lo cambiaron o lo cambiarán a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).

Información adicional que debemos tener en cuenta (*envíe los documentos de respaldo con este formulario*):

---

---

---

---

### ¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o el profesional que expide recetas creen que esperar 72 horas para obtener una decisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar las funciones máximas, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el profesional que expide recetas indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el apoyo del profesional que expide recetas para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión acelerada si nos pide que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió).

**Sí, necesito una decisión dentro de las 24 horas.** Si tiene una declaración de apoyo del profesional que expide recetas, adjúntela a esta solicitud.

**Firma:**

**Fecha:**

### Cómo enviar este formulario

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

Dirección:  
Medicare Pharmacy  
Prior Authorization Department  
P.O. Box 31397  
Tampa, FL 33631-3397

Número de fax:  
1-866-226-1093

**Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa  
Debe ser completado por el profesional que expide recetas**

**SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA:** Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que aplicar el plazo de revisión estándar de 72 horas puede poner en grave peligro la vida o la salud de la persona inscrita o su capacidad para recuperar sus funciones al máximo.

**Información del profesional que expide recetas**

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

**Diagnóstico e información médica**

Medicamento:	Concentración y vía de administración:	
Frecuencia:	Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> <b>NUEVO COMIENZO</b>	
Duración prevista de la terapia:	Cantidad por 30 días:	
Estatura/peso:	Alergias a medicamentos:	
<b>DIAGNÓSTICO: Enumere todos los diagnósticos que se estén tratando con el medicamento solicitado y los códigos de la Clasificación internacional de enfermedades (ICD)-10 correspondientes.</b> (Si la condición que se trata con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si lo conoce).		Código(s) ICD-10
<b>Otros DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS:</b>		Código(s) ICD-10

**HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las condiciones que requieren el medicamento solicitado)**

<b>MEDICAMENTOS QUE PROBÓ</b> (si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/ la dosis diaria total probada)	<b>FECHAS de los ensayos de medicamentos</b>	<b>RESULTADOS de ensayos previos con medicamentos</b> <b>FRACASO frente a INTOLERANCIA (explicar)</b>

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos de la persona inscrita para las condiciones que requieren el medicamento solicitado?

### SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿Alguna **CONTRAINDICACIÓN OBSERVADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FDA)** para el medicamento solicitado?  SÍ  NO

¿Le preocupa una **INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA** al agregar el medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos de la persona inscrita?  
 SÍ  NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es afirmativa, 1) explique el problema; 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la inquietud mencionada; y 3) agregue un plan de supervisión para garantizar la seguridad.

### MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN ADULTOS MAYORES

Si la persona inscrita tiene más de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente de edad avanzada?  
 SÍ  NO

### OPIOIDES: (responda estas 4 preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

¿Cuál es la dosis equivalente de morfina (**MED**) acumulada diaria?  mg/día

¿Conoce a otros profesionales que expiden recetas de opioides a esta persona inscrita?  
 SÍ  NO  
Si es así, explique.

¿La MED diaria indicada es médicamente necesaria?  SÍ  NO  
¿Sería insuficiente una dosis total diaria más baja de MED para controlar el dolor de la persona inscrita?  
 SÍ  NO

### FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD

**Medicamentos alternativos probados anteriormente, pero con resultado adverso, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) medicamento(s) probado(s) y resultados de los ensayos de medicamentos; (2) si el resultado es adverso, indique los medicamentos y el resultado adverso de cada uno; (3) si el tratamiento ha fracasado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos probados.

**Los medicamentos alternativos están contraindicados, no serían tan eficaces o, probablemente, causarían un resultado adverso.** Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan eficaces o implicarían un resultado clínico adverso significativo, y por qué se esperaría este resultado. Si tiene contraindicaciones, indique el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos u otros medicamentos del Formulario están contraindicados.

**El paciente sufriría efectos adversos si tuviera que cumplir con el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría este resultado.

**El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; existe un alto riesgo de resultados adversos clínicos significativos con el cambio de medicamento** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado adverso clínico significativo anticipado y por qué se esperaría dicho resultado; por ejemplo: la condición ha sido difícil de controlar (se han probado muchos medicamentos, se han requerido múltiples medicamentos para controlarla) o el paciente experimentó un resultado adverso significativo cuando la condición no fue controlada previamente (por ejemplo, hospitalización o frecuentes visitas médicas de urgencia, ataque cardíaco, derrame cerebral, caídas, limitación significativa de la funcionalidad, dolor y sufrimiento excesivos), etc.

**Necesidad médica de una forma de dosificación diferente o una dosis más alta**  
Especifique a continuación: (1) forma(s) de dosificación o dosis probadas y resultado de los ensayos de medicamentos; (2) el motivo médico; (3) por qué una dosificación menos frecuente con una concentración más alta no es una opción, si existe una concentración más alta.

**Solicitud de excepción de nivel del Formulario** Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) los medicamentos preferidos o del Formulario probados y los resultados de los ensayos con medicamentos; (2) si el resultado es adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) si fracasó el tratamiento/no es tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados; (4) si hay contraindicaciones, indique el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del Formulario están contraindicados.

**Otro** (explique a continuación)

---

---

---

---

**Wellcare By Allwell** cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (lo que incluye el embarazo y la orientación sexual).

**Wellcare By Allwell** no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, sexo (lo que incluye el embarazo y la orientación sexual).

Wellcare By Allwell

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los que se indican a continuación:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas
- Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros al 1-844-428-2224 (TTY: 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario laboral, los fines de semana y los días festivos federales se utiliza un sistema de mensajería.

Si considera que **Wellcare By Allwell** no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (lo que incluye el embarazo y la orientación sexual), puede presentar una queja ante la siguiente entidad:

**1557 Coordinator**

**PO Box 31384, Tampa, FL 33631**

**855-577-8234**

**TTY: 711**

**FAX: 866-388-1769**

**SM\_Section1557Coord@centene.com**

Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro **Coordinador 1557** está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del Portal para Reclamos de la Office for Civil Rights, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

**Multi-Language Insert**  
**Multi-language Interpreter Services**

**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 **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

**Chinese (Mandarin):** 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-844-428-2224 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

**Chinese (Cantonese):** 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-844-428-2224 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

**Tagalog:** May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

**French:** Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

**German:** Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-844-428-2224(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Russian:** Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

**Arabic:** نوّفّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il 1-844-428-2224 (TTY: 711). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número 1-844-428-2224 (TTY: 711). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-844-428-2224 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-844-428-2224 (TTY: 711). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-844-428-2224 (TTY: 711) にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

**Bengali:** আমাদের স্বাস্থ্য বা ড্রাগ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার সম্ভাব্য যে কোন প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের কাছে বিনামূল্যে ইন্টারপ্রেটার পরিষেবা রয়েছে। একজন ইন্টারপ্রেটার পেতে, খালি আমাদের 1-844-428-2224 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারে এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারে। এই পরিষেবাটির জন্য কোনও খরচ নেই।

**Nepali:** हाम्रा स्वास्थ्य वा औषधिसम्बन्धी प्लानहरूको सम्बन्धमा तपाईंसँग हुन सक्ने जुनसुकै प्रश्नको जवाफ दिन हामीसँग निःशुल्क दोभासे सेवाहरू छन्। कुनै दोभासेको सेवा प्राप्त गर्न तपाईंले 1-844-428-2224 (TTY: 711) मा हामीलाई कल मात्र गरे पुग्छ। नेपाली भाषा बोल्ने कुनै व्यक्तिले तपाईंलाई मद्दत गर्नुहुने छ। यो एक निःशुल्क सेवा हो।

**Swahili:** Tuna huduma za mkalimani zisizolipiwa wa kujibu maswali yoyote ambayo unaweza kuwa nayo kuhusu mpango wetu wa afya au dawa. Ili kupata mkalimani, tupigie tu simu kupitia 1-844-428-2224 (TTY: 711). Mtu anayezungumza Kiswahili anaweza kukusaidia. Huduma hii ni ya bila malipo.

**Tamil:** எங்கள் உடல்நலம் அல்லது மருந்துத் திட்டம் பற்றி உங்களுக்கு ஏதேனும் கேள்விகள் இருந்தால் பதிலளிப்பதற்காக இலவச மொழிபெயர்ப்பாளர் சேவைகளை வழங்குகிறோம். ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை அணுக, 1-844-428-2224 (TTY: 711) என்ற எண்ணில் எங்களை அழைக்கவும். தமிழ் பேசத் தெரிந்த ஒருவர் உங்களுக்கு உதவுவார். இது ஒரு இலவச சேவையாகும்.