



## **Pautas sobre la Autorización Previa, Tratamiento por Pasos, Límites de Cantidad, y Excepciones**

### **Cómo se puede saber si un medicamento requiere autorización previa, tratamiento por pasos o límites de cantidad**

Algunos medicamentos del formulario pueden requerir Autorización Previa, pueden tener requisitos de Terapia por Pasos o Límites de Cantidad. Usted puede consultar el formulario o visitar nuestro sitio web en [es.CarePlusHealthPlans.com](https://es.CarePlusHealthPlans.com) para averiguar si su medicamento tiene algún requisito adicional o límites. Para más información, también puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-800- 794-5907; TTY: 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

### **Autorización Previa (PA, por sus siglas en inglés)**

#### **¿Qué es la Autorización Previa?**

Algunos medicamentos recetados requieren autorización previa para que CarePlus los cubra. Si su medicamento recetado requiere autorización previa, usted, su representante autorizado, su médico tratante u otro médico recetador deberán, antes de surtir su receta, pedir y recibir la aprobación de CarePlus con anticipación. Si no obtiene la aprobación, es posible que CarePlus no cubra el medicamento.

#### **¿Por qué se requiere la Autorización Previa?**

El proceso de autorización previa ayuda a garantizar que usted use sus beneficios de la mejor manera y que reciba el tratamiento más adecuado. Por ejemplo, si tiene diabetes, y su médico desea que pruebe un medicamento nuevo, es posible que debamos autorizar este medicamento antes de surtir la receta. Queremos asegurarnos de que el medicamento no interfiera con otros medicamentos que tome ni que le genere más costos innecesariamente.

### **Tratamiento por Pasos (ST, por sus siglas en inglés)**

#### **¿Qué es el Tratamiento por Pasos?**

Para los medicamentos con Tratamiento por Pasos, CarePlus le pide que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B ambos tratan su condición médica, es posible que CarePlus no cubra el Medicamento B, a menos que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no es eficaz para tratar su afección, entonces CarePlus puede cubrir el Medicamento B.

Si su medicamento tiene un requisito de tratamiento por pasos, su médico tratante u otro médico recetador deberán proporcionar una declaración de respaldo a CarePlus si se le receta un Medicamento B o si desea probar un Medicamento B primero, sin probar un Medicamento A.

CarePlus debe dar su aprobación antes de poder surtir su receta del Medicamento B. Si no obtiene la aprobación, es posible que CarePlus no cubra el Medicamento B.

### **¿Por qué se requiere el Tratamiento por Pasos?**

El Tratamiento por Pasos promueve el uso seguro y económico de los medicamentos. CarePlus le pide que pruebe medicamentos considerados de primera línea antes de cubrir un medicamento considerado de segunda línea. Los medicamentos de primera línea son ampliamente reconocidos como seguros y efectivos. Los medicamentos de segunda línea son medicamentos de marca preferidos o no preferidos, y potencialmente más costosos.

## **Límites de Cantidad (QL, por sus siglas en inglés)**

### **¿Qué son los Límites de Cantidad?**

Para ciertos medicamentos, CarePlus limita la cantidad del medicamento que se cubrirá por receta o por un período de tiempo definido. Si usted necesita cantidades adicionales por encima del límite, su médico deberá proporcionar una declaración de respaldo a CarePlus. CarePlus debe dar su aprobación antes de poder surtir su receta por la cantidad adicional, de lo contrario es posible que no se cubra la cantidad adicional.

### **¿Por qué se requieren los Límites de Cantidad?**

Los límites de cantidad se basan en las pautas de dosificación del fabricante y las recomendaciones médicas actuales. Los límites de cantidad ayudan a evitar el posible uso indebido y el abuso de los medicamentos. Las recetas que se hagan para cantidades por arriba de los límites establecidos requerirán una autorización antes de que dicha receta se pueda surtir.

## **Determinación de Cobertura**

### **¿Qué es una Determinación de Cobertura?**

Una determinación de cobertura es una decisión que toma CarePlus como patrocinador de la Parte D de Medicare con respecto al pago o el beneficio al cual usted cree que tiene derecho. Esto puede incluir una decisión acerca de si CarePlus cubrirá un medicamento, la parte del costo del medicamento del cual usted puede ser responsable, los límites de cantidad, el tratamiento por pasos o los requisitos de autorización previa.

### **Cómo pedir una Determinación de Cobertura**

Usted, su representante autorizado, su médico tratante u otro médico recetador puede presentar una solicitud de determinación de cobertura a CarePlus.

**Para que su MÉDICO u otro médico recetador presente una solicitud de Determinación de Cobertura, él/ella debe comunicarse con el Equipo de Revisión para la Determinación de Cobertura de Farmacia de CarePlus en una de las siguientes maneras:**

- Llamando al **Equipo de Revisión para la Determinación de Cobertura de Farmacia** al 1-866-315-7587, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este; de lunes a viernes, o
- Enviando por fax una solicitud de determinación de cobertura junto con cualquier documentación de respaldo correspondiente al 1-800-310-9071. Para la comodidad de su médico, él/ella puede obtener una copia de la **Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare** a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#)

[Español](#). También puede imprimir este formulario y llevarlo con usted al consultorio de su médico, o

- Enviando la solicitud electrónicamente junto con cualquier documentación de respaldo correspondiente. Su médico puede completar la **Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare** en línea a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#) | [Español](#); y enviárnosla electrónicamente, o

- Enviando una solicitud por escrito por correo a:

CarePlus Health Plans, Inc.

**Atención: Equipo de Revisión para la Determinación de Cobertura de Farmacia**

11430 NW 20th Street, Suite 300

Miami, FL 33172

**Si desea hacer la solicitud de determinación de cobertura USTED MISMO, usted o su representante autorizado debe comunicarse con nosotros de una de las siguientes maneras:**

- Llamando a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907; TTY: 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil, o

- Enviando por fax la solicitud al 1-800-310-9071. Para su comodidad, puede obtener una copia de la **Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare** a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#) | [Español](#). También puede imprimir este formulario y llevarlo con usted a la consulta de su médico, o

- Enviando la solicitud electrónicamente junto con cualquier documentación de respaldo correspondiente que le proporcione su médico. Puede completar la **Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare** en línea a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#) | [Español](#); y enviárnosla electrónicamente, o

- Enviando una solicitud por escrito por correo a:

CarePlus Health Plans, Inc.

**Atención: Equipo de Revisión para la Determinación de Cobertura de Farmacia**

11430 NW 20th Street, Suite 300

Miami, FL 33172

Una vez que se envíe la solicitud de determinación de cobertura, debemos notificarle nuestra decisión en un plazo máximo de 24 horas (acelerada) o en un plazo máximo de 72 horas (estándar) de la fecha y la hora en la que se recibe. Su solicitud será acelerada si determinamos, o si su médico nos informa, que su vida, salud o capacidad para recuperar el máximo de sus funciones podrían correr grave peligro si espera por una solicitud estándar.

Si tiene alguna pregunta sobre su solicitud, favor de llamar a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

---

## **Excepciones**

Usted puede pedir una excepción a nuestros requisitos de cobertura, que incluyen autorización previa, límite de cantidad y tratamiento por pasos.

### **Cómo pedir una excepción**

Usted, su representante autorizado, su médico tratante u otro médico recetador puede pedirnos que hagamos una excepción a nuestras normas de cobertura de la Parte D en diversas situaciones:

- Puede pedirnos que cubramos su medicamento de la Parte D incluso si no se encuentra en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento se cubrirá a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido inferior.
- Puede pedirnos que eliminemos los límites o las restricciones de cobertura de su medicamento (es decir, tratamiento por pasos o límites de cantidad). Por ejemplo, para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que eliminemos el límite y que cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido inferior si este medicamento no está en el nivel de los especializados. Si se aprueba, la cantidad que pagará por su medicamento será menor. Por ejemplo, si normalmente se considera su medicamento como un medicamento no preferido, puede pedirnos que, en cambio, lo cubramos como un medicamento preferido.

Tenga en cuenta que, si aprobamos su solicitud para cubrir un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestro formulario, no puede pedirnos que hagamos una excepción de nivel a través del proceso de excepción de formulario para dicho medicamento aprobado. Además, no puede pedirnos que proporcionemos un nivel mayor de cobertura para los medicamentos de la Parte D que se encuentran en el “Nivel 5: medicamentos especializados”.

Por lo general, solo aprobaremos su solicitud de una excepción si los medicamentos alternos de la Parte D incluidos en el formulario del plan o el medicamento de la Parte D en el nivel preferido no serían tan efectivos para tratar su condición médica y/o le causarían efectos médicos adversos.

Para todas las solicitudes de excepción, su médico u otro médico recetador deben proporcionar una declaración que respalde la solicitud. CarePlus debe recibir esta declaración de respaldo para poder comenzar la revisión de su solicitud. Usted puede ayudarnos a acelerar la revisión de determinación al incluir la información médica de respaldo proporcionada por un médico cuando envíe la solicitud de excepción a CarePlus; o al pedirle a su médico que envíe la solicitud y la declaración de respaldo directamente a CarePlus.

Una vez que el médico haya enviado la declaración, debemos notificarle nuestra decisión en un plazo máximo de 24 horas (acelerada) o en un plazo máximo de 72 horas (estándar) de la fecha y la hora en la que se recibe la declaración del médico. Su solicitud será acelerada si determinamos, o si su médico nos informa, que su vida, salud o capacidad para recuperar el máximo de sus funciones podrían correr grave peligro si espera por una solicitud estándar.

**Su MÉDICO u otro médico recetador puede enviar la solicitud de excepción en su nombre junto con una declaración de respaldo de una de las siguientes maneras:**

- Llamando al **Equipo de Revisión para la Determinación de Cobertura de Farmacia** al 1-866-315-7587, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este; de lunes a viernes, o
- Enviando por fax la solicitud junto con cualquier documentación de respaldo correspondiente al 1-800-310-9071. Para la comodidad de su médico, este puede obtener una copia de la **Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare** a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#) | [Español](#), o
- Enviando la solicitud electrónicamente junto con cualquier documentación de respaldo correspondiente. Su médico puede completar la **Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare** y adjuntar su declaración de respaldo en línea a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#) | [Español](#); y enviárnosla electrónicamente, o
- Enviando una solicitud por escrito que incluya una declaración de respaldo por correo a:  
CarePlus Health Plans, Inc.  
**Atención: Equipo de Revisión para la Determinación de Cobertura de Farmacia**  
11430 NW 20th Street, Suite 300  
Miami, FL 33172

**Si desea hacer la solicitud de excepción USTED MISMO, usted o su representante autorizado pueden hacerlo de una de las siguientes maneras:**

- Llamando a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907; TTY: 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil, o
- Enviando por fax la solicitud al 1-800-310-9071. Para su comodidad, puede obtener una copia de la **Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare** a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#) | [Español](#). También puede imprimir este formulario y llevarlo con usted al consultorio médico, o
- Enviando la solicitud electrónicamente junto con cualquier documentación de respaldo correspondiente. Puede completar la **Solicitud para Determinación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare** y adjuntar la declaración de respaldo de su médico en línea a través de los siguientes enlaces: [Inglés](#) | [Español](#); y enviárnosla electrónicamente, o
- Enviando una solicitud por escrito que incluya la declaración de respaldo de su médico por correo a:  
CarePlus Health Plans, Inc.  
**Atención: Equipo de Revisión para la Determinación de Cobertura de Farmacia**  
11430 NW 20th Street, Suite 300  
Miami, FL 33172

Si tiene alguna pregunta sobre su solicitud, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

# ¡IMPORTANTE!

## En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo.

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:  
**CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Departamento de Servicios para Afiliados.**  
11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172.  
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

### 1-800-794-5907 (TTY: 711)

CarePlus provee recursos y servicios auxiliares gratuitos tales como intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

## Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

### 1-800-794-5907 (TTY: 711)

**Español (Spanish):** Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

**繁體中文 (Chinese):** 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

**한국어 (Korean):** 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

**Русский (Russian):** Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

**Français (French):** Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

**Polski (Polish):** Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

**Português (Portuguese):** Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

**Italiano (Italian):** Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

**Deutsch (German):** Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

**ગુજરાતી (Gujarati):** નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે ઉપરોક્ત નંબર પર કોલ કરો.

**ภาษาไทย (Thai):** โทรติดต่อที่หมายเลขด้านบนนี้เพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.

**Diné Bizaad (Navajo):** Wódaáh béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé níká'adoowoł.

**العربية (Arabic):**

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك