

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE RECETAS DE MEDICARE

Use este formulario para pedir a nuestro plan una determinación de cobertura. También puede pedir una determinación de cobertura por teléfono al **866.987.4213** para Capital Blue Cross PPO o al **800.779.6962** para Capital Blue Cross HMO (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana o por medio de nuestro sitio web en **CapitalBlueMedicare.com**. Usted, su médico o proveedor que receta, o su representante autorizado pueden hacer esta solicitud.

Afiliado al plan:

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

Si la persona que hace esta solicitud no es el afiliado o el profesional del plan:

Nombre del solicitante		
Relación del solicitante con el afiliado		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		
☐ Envíe documentación con este formulario que muestre su autoridad para representar al afiliado (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completo 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.		

Nombre del medicamento sobre el que se trata esta solicitud (incluya información sobre la dosis y la cantidad, si está disponible):

Tipo de solicitud

- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento de lo que debería.
- ☐ Quiero que me reembolsen un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo.
- ☐ Estoy solicitando autorización previa para una receta (esta solicitud puede necesitar información de respaldo).

Capital Blue Cross PPO lo emite Capital Advantage Insurance Company® y Capital Blue Cross HMO lo ofrece Keystone Health Plan® Central, subsidiarias de Capital Blue Cross. Todos son licenciarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association. Las comunicaciones las emite Capital Blue Cross en su función de administrador de programas y de relaciones con proveedores para todas las compañías.

Para los tipos de solicitudes que se mencionan abajo, su médico DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud. Su médico puede completar las páginas 3 y 4 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 antes, pero que ha sido o se eliminará durante el año del plan (excepción al formulario).
- ☐ Estoy pidiendo una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener una receta (excepción al formulario).
- ☐ Estoy solicitando una excepción al límite del plan sobre la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo obtener para que pueda obtener la cantidad de píldoras que me recetaron (excepción al formulario).
- ☐ Estoy solicitando una excepción a las reglas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de obtener una receta (excepción al formulario).
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por una receta que por otro medicamento que trata mi condición médica y 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 que ha sido o se moverá a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).

Más información que debemos considerar (*adjuntar cualquier documento de respaldo*):

¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o su médico creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima, puede pedir una decisión acelerada (rápida). Si su médico indica que esperar 72 horas podría dañar gravemente su salud, le daremos una decisión automáticamente en 24 horas. Si no obtiene el apoyo de su médico para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso necesita una decisión rápida. (No puede pedir una decisión acelerada si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.)

- ☐ **Sí, necesito una decisión en 24 horas.** Si tiene una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

Cómo enviar este formulario

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

Dirección:**Revisión clínica**

Atención: Medicare Parte D
2900 Ames Crossing Road Suite 200
Eagan, MN 55121

Número de fax:

855.212.8110

**Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa
(A completar por el proveedor que receta)**

- ☐ **SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA:** Al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas puede poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o la capacidad del afiliado para recuperar la función máxima.

Información del proveedor que receta			
Nombre			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de la oficina		Fax	
Firma del proveedor que receta			Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Intensidad y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: ☐ NUEVO COMIENZO	Duración esperada de la terapia:	Cantidad por 30 días:
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:	

DIAGNÓSTICO: mencione todos los diagnósticos que se tratan con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. (Si la condición médica que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas si se conoce.)	Código(s) ICD-10:
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:	Código(s) ICD-10:

Historial de medicamentos: (para el tratamiento de las condiciones médicas que requieren el medicamento solicitado)		
Drogas probadas (si el límite de cantidad es un problema, liste la dosis unitaria/ dosis diaria total probada)	Fechas de los ensayos de medicamentos	Resultados de ensayos farmacológicos anteriores Fracaso vs Intolerancia (Explicar)
¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del afiliado para las condiciones médicas que requieren el medicamento solicitado?		
Seguridad de los medicamentos		
¿Alguna CONTRAINDICACIÓN SEÑALADA POR LA FDA para el medicamento solicitado? ☐ SÍ ☐ NO		
¿Alguna preocupación por una INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS con la adición del medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del afiliado? ☐ SÍ ☐ NO		
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas arriba es afirmativa, 1) explique el problema, 2) discuta los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación señalada, y 3) plan de monitoreo para garantizar la seguridad.		

Manejo de alto riesgo de drogas en adultos mayores
Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente de edad avanzada? ☐ SÍ ☐ NO

Opioides: (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)	
¿Cuál es la dosis equivalente de morfina (MED) acumulada diariamente?	mg/día
¿Conoce otros proveedores de opioides para este afiliado? Si es sí, explique.	☐ SÍ ☐ NO
¿Es médicamente necesaria la dosis diaria indicada de MED?	☐ SÍ ☐ NO
¿Sería insuficiente una dosis diaria total de MED más baja para controlar el dolor del afiliado?	☐ SÍ ☐ NO

Justificación de la solicitud

- ☐ **Fármaco(s) alternativo(s) probado(s) previamente, pero con resultado adverso, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico.** Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique abajo: (1) Medicamentos probados y resultados de los ensayos de medicamentos (2) si hay resultados adversos, mencionar los medicamentos y los resultados adversos de cada uno, (3) si falla el tratamiento, listar la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados.
- ☐ **Los medicamentos alternativos contraindicados, no serían tan efectivos ni podrían causar resultados adversos.** Se necesita una explicación específica de por qué los medicamento(s) alternativo(s) no serían tan efectivos o anticiparían un resultado clínico adverso significativo y por qué se esperaría este resultado. Si hay contraindicaciones, mencione las razones específicas por las que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados.
- ☐ **El paciente sufriría efectos adversos si se le exigiera que cumpliera con el requisito de autorización previa.** Se necesita una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría este resultado.
- ☐ **El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con el cambio de medicación.** Se necesita una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría este resultado: por ejemplo, la condición médica ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se necesitaron múltiples medicamentos para controlar la condición médica), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la condición médica no se controló previamente (por ejemplo hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, derrame cerebral, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.
- ☐ **Necesidad médica de diferentes formas de dosificación o dosis más altas.** Especifique abajo: (1) Formas de dosificación o dosis probadas y resultado de los ensayos de medicamentos; (2) explique la razón médica (3) incluya por qué la dosificación menos frecuente con una concentración más alta no es una opción, si existe una concentración más alta.
- ☐ **Solicitud de excepción de nivel de la lista de medicamentos cubiertos (formulario).** Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique abajo: (1) formulario o medicamentos preferidos probados y resultados de los ensayos de medicamentos (2) si hay resultados adversos, mencione los medicamentos y los resultados adversos de cada uno, (3) si el fracaso terapéutico/no es tan efectivo como el medicamento solicitado, mencione la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados, (4) si hay contraindicaciones, mencione la razón específica por la que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados.
- ☐ **Otro** (explique abajo).

Explicación necesaria:
