

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA 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 (calle y número)		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Número de identificación de miembro	

Si la persona que hace esta solicitud no es el afiliado ni el proveedor que receta:

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 lleno 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 por un medicamento un copago más alto de lo que debía.
- ☐ Quiero que me reembolsen por un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo.
- ☐ Estoy solicitando autorización previa para un medicamento con receta (esta solicitud puede necesitar información de respaldo).

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

Para los tipos de solicitudes que se mencionan abajo, su proveedor que receta DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud. Su proveedor que receta 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 listado de medicamentos).
- ☐ 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 listado de medicamentos).
- ☐ Estoy pidiendo una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener un medicamento con receta lista de medicamentos cubiertos (excepción al listado de medicamentos).
- ☐ 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 lista de medicamentos cubiertos (excepción al listado de medicamentos).
- ☐ Estoy solicitando una excepción a las reglas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de obtener un medicamento con receta (excepción al listado de medicamentos).
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por un medicamento con 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 (*adjunte cualquier documento de respaldo*):

¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o su proveedor que receta creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, salud o capacidad de recuperar al máximo sus funciones, puede pedir una decisión acelerada (rápida). Si su proveedor que receta 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 proveedor que receta para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso necesita una decisión rápida. (No puede pedir una decisión acelerada si nos pide que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió.)

- ☐ **Sí, necesito una decisión en un plazo de 24 horas.** Si tiene una declaración de respaldo de su proveedor que receta, adjúntela a esta solicitud.

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

Cómo enviar este formulario

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

Dirección:
Nombre del plan (Plan Name)
Attn: Medicare Part 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
(Para que lo complete 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 de recuperar al máximo sus funciones.

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

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: ☐ INICIO NUEVO	Duración esperada de la terapia:	Cantidad por 30 días:
Estatura/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, falta de aire, dolor de pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas si se conoce.)	Código(s) ICD-10:
Otros DIAGNÓSTICOS PERTINENTES:	Código(s) ICD-10:

Historial de medicamentos: (para las que necesita el medicamento solicitado)		
Medicamentos probados (si el límite de cantidad es un problema, liste la dosis unitaria / dosis diaria total probada)	Fechas de los ensayos de medicamentos	Resultados de los ensayos de medicamentos anteriores Fracaso vs intolerancia (Explique)

¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del afiliado para las que necesita 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 alguna de las dos preguntas es afirmativa, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación señalada, y 3) describa el plan de monitoreo para asegurarse de la seguridad.

Manejo de alto riesgo de medicamentos 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 adulto mayor? ☐ SÍ ☐ NO

Opioides — (responda a estas 4 preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)
¿Cuál es la dosis equivalente de morfina (MED) acumulada diariamente? mg/día
¿Conoce otros proveedores que receten de opioides para este afiliado? En caso afirmativo, explique: ☐ SÍ ☐ NO
¿Es medicamento 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

- ☐ **Medicamentos alternativos probados 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, mencione los medicamentos y los resultados adversos de cada uno, (3) si falla el tratamiento, liste la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados.
- ☐ **Los medicamentos alternativos contraindicados, no serían tan efectivos o podrían causar resultados adversos.** Se necesita una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan efectivos o por qué se prevé un resultado clínico adverso significativo y por qué se esperaría este resultado. Si hay contraindicaciones, mencione los motivos específicos por los que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del listado de medicamentos están contraindicados.
- ☐ **El paciente sufriría efectos adversos si se le exigiera que cumpliera 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 innecesarios), 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 el motivo médico (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.** Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique abajo: (1) listado de medicamentos o listado de 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 el motivo específico por el que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del listado de medicamentos están contraindicados.
- ☐ **Otros** (explique abajo):
