

Enviar el formulario completo por fax al: 855-633-7673
En caso de preguntas, llamar al: 888-970-0917
Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al: 711

Información importante sobre la Cobertura de Medicamentos Recetados

A: _____ De: _____

Fax: _____ Páginas: _____

Obj: Solicitud de Excepción de Terapia Escalonada: Responda. etc:

- Llene la Solicitud adjunta de Cobertura de un Medicamento que no están en el Formulario.
- Para prevenir retrasos en el proceso de revisión, llene todos los campos solicitados.
- Los formularios completos deben enviarse por fax al: 855-633-7673. No es necesario enviar por fax esta portada.

Información sobre esta Solicitud de un Excepción de Terapia Escalonada

Use este formulario para solicitar una excepción al requisito de terapia escalonada del plan. Los medicamentos de terapia escalonada son medicamentos del formulario que están cubiertos sólo si se prueba primero ciertas alternativas de primera línea. Para procesar esta solicitud, debe presentarse documentación que demuestre que se han probado medicamentos del paso 1 o que los mismos podrían causar efectos adversos. Proporcione información clínica u otras pruebas que apoyen la necesidad médica de medicamentos del Paso 2, incluyendo medicamentos probados anteriormente para la condición de este paciente.

Usted puede hacer una solicitud rápida, indicando esto en la parte superior del formulario adjunto. Si solicita una revisión rápida y firma el formulario adjunto, usted certifica que el aplicar el tiempo de revisión estándar de 72 horas podría poner en serio peligro la vida o la salud del miembro o la capacidad del miembro de recobrar sus funciones al máximo.

La información en el formulario adjunto es información protegida y está sujeta a todos los reglamentos de privacidad y seguridad bajo la ley HIPAA.

La privacidad del miembro es importante para nosotros. Nuestros empleados están capacitados sobre la forma apropiada de manipular la información privada de salud de nuestros miembros.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación de su contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Esta comunicación y cualquier documento adjunto podrían contener información confidencial y/o privilegiada para uso de los destinatarios designados arriba indicados. Si usted no es el destinatario indicado, se le notifica que ha recibido esta comunicación por error y que queda prohibida cualquier revisión, divulgación, difusión, distribución o copia del mismo o de su contenido. Si ha recibido esta comunicación por error, notifique al remitente de inmediato por teléfono y destruya todas las copias de esta comunicación y cualquier anexo.

Enviar el formulario completo por fax al: 855-633-7673
En caso de preguntas, llamar al: 888-970-0917
Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al: 711

Solicitud de Revisión Acelerada

Solicitud de excepción de terapia escalonada

Información del paciente

Nombre: _____

ID del miembro: | | | | | | | | | | | |

ID de Medicare: | | | | | | | | | | | |

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: M / F (marque uno)

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

¿Residente de un hogar de ancianos? SÍ/NO (marque uno)

¿Es un paciente con cuidados a domicilio? SÍ/NO (marque uno)

Información del médico que emite la receta y de la farmacia

Nombre: _____

Especialidad: _____

DEA: | | | | | | | | | | | |

NPI: | | | | | | | | | | | |

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre de la farmacia: _____

NCPDP: | | | | | | | | | | | |

NPI: | | | | | | | | | | | |

Teléfono: _____ Fax: _____

Los siguientes elementos debajo de esta línea son sólo para uso del médico

Información del medicamento solicitado

Nombre del medicamento: _____

El medicamento es: De marca/Genérico (marque uno) Potencia: _____ Forma de dosificación: _____

Cantidad por 30 días: _____ El medicamento solicitado es: Una nueva receta / una repetición (marque uno)

Instrucciones: _____ Diagnóstico: _____

Código ICD-10: _____ Las revisiones estándar se realizarán en menos de 72 horas. Es posible recibir una revisión rápida si usted certifica que el plazo de la revisión estándar pondría en serio peligro la salud de su paciente. Para solicitar una revisión rápida, simplemente indíquelo en la parte superior de esta página.

Solicitud de criterios de excepción de terapia escalonada)

Justificación médica: Incluya la justificación médica para la solicitud de excepción de terapia escalonada. Adjunte páginas adicionales de ser necesario. Si todos los medicamentos alternativos recetados indicados en el formulario y que deben usarse de acuerdo con los requisitos de la terapia escalonada.

- Han sido ineficaces en el tratamiento de la enfermedad o condición médica del miembro O, de acuerdo a pruebas médicas sólidas y evidencia médica y científica, las características físicas o mentales relevantes del miembro y las características conocidas del régimen de medicamentos pueden ser ineficaces o afectar de manera adversa la eficacia del medicamento o el cumplimiento del paciente, especifique la experiencia relevante de tratamientos anteriores.

- Han causado o, de acuerdo a pruebas médicas sólidas y evidencia médica y científica podría causar una reacción adversa u otros daños al miembro, especifique el historial de reacciones adversas aquí.

- Si no se ha probado anteriormente ninguna alternativa disponible en el formulario de conformidad con los requisitos de la terapia escalonada marque esta casilla.

Certifico que la información provista en este formulario es cierta y correcta a esta fecha.

Firma del médico que emite la receta: _____ **Fecha:** _____