

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Este formulario puede ser enviado por correo o por fax:

Dirección:
CVS Caremark Coverage Determinations/Exceptions
P.O. Box 52000
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax: 1-855-633-7673

Usted también puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono, al 1-888-970-0917, Las 24 horas del día, los siete días de la semana o a través de nuestro sitio Web, en CareFirst.com/medicare.

Quién puede presentar la solicitud: El profesional que emite la receta puede solicitar una determinación de cobertura en nombre de usted. Si usted desea que otra persona (tal como un familiar o un amigo) presente la solicitud en nombre de usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar a un representante.

Información del miembro

Nombre del miembro Fecha de nacimiento

Dirección del miembro _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ No. de ID del miembro _____

Llene la siguiente sección SÓLO si la persona que presenta la solicitud no es el miembro o el médico que emite la receta:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

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.

Documentos de representación para solicitudes hechas por una persona distinta al miembro o el médico del miembro:

Adjunte documentación que compruebe la autoridad de representar al miembro (un formulario completo de Autorización de Representación CMS-1696 o un equivalente escrito).
Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227),
TTY: 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Nombre del medicamento recetado que solicita

(si se sabe, incluya la potencia y cantidad solicitada por mes): _____

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario).*
- He usado un medicamento que previamente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan pero que será o ha sido retirado de esta lista durante el año del plan (excepción del formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que mi profesional de salud me ha recetado.*
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento recetado por mi profesional de salud (excepción al formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan en el número de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir para obtener el número de pastillas que mi médico me recetó (excepción al formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago superior por el medicamento recetado por mi profesional de salud de lo que cobra por otro medicamento que trata mi condición, y deseo pagar el copago más bajo (excepción de nivel).*
- He usado un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de menor copago, pero que será o fue desplazado a un nivel de copago superior (excepción de nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró más de lo que debió por el copago.
- Deseo recibir un reembolso por un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si usted pide una excepción al formulario o de niveles, su profesional de salud DEBE proporcionar una declaración de soporte con su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o a cualquier otro requisito de manejo de uso) podrían necesitar información de soporte. El profesional de salud puede usar la hoja adjunta de "Información de soporte para una solicitud de excepción o de autorización previa" en apoyo a su solicitud.**

Información adicional que deberíamos considerar (*adjunte cualquier documento de apoyo*):

Nota importante: Decisiones sin demora

Si usted o su profesional de salud creen que el esperar 72 horas por una decisión estándar podría poner en serio peligro su vida, su salud o su capacidad de recobrar todas sus funciones, usted puede solicitar una decisión sin demora (rápida). Si su profesional de salud indica que el esperar 72 horas podría poner su salud en serio peligro, automáticamente le daremos una decisión en 24 horas. Si usted no obtiene el soporte de su profesional de salud para una solicitud sin demora, decidiremos si su caso requiere de una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación sin demora si usted pide que le reembolsemos por un medicamento que usted ya recibió.

- MARQUE ESTA CASILLA SI USTED CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN 24 HORAS**
(Si usted tiene una declaración de soporte de su profesional de salud, adjúntela a esta solicitud).

Firma de la persona que solicita la determinación de cobertura (el miembro o el médico o representante del miembro):

Fecha: _____

Información de Apoyo para Pedido de Excepción o Autorización Previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL FORMULARIO Y DE NIVEL no pueden procesarse sin una declaración de soporte del profesional de salud. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA podrían requerir información de soporte.

- SOLICITUD DE REVISIÓN SIN DEMORA:** Al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que la aplicación del periodo de revisión estándar de 72 horas podría poner en serio peligro la vida o la salud del miembro, o su capacidad de recobrar todas sus funciones.

Información del profesional que emite la receta

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la oficina _____ Fax _____

Firma del profesional _____ Fecha _____

Diagnóstico e información médica

Medicamento:	Potencia y vía de administración:	Frecuencia:
Nueva receta O fecha de inicio de terapia:	Duración esperada de la terapia:	Cantidad:
Estatura/Peso:	Alergias a medicamentos:	Diagnóstico:

Justificación para la solicitud

- Los medicamentos alternos son contraindicados o fueron probados anteriormente, pero con efectos adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** [Especifique más abajo lo siguiente: (1) Medicamentos contraindicados o probados; (2) resultado adverso de cada uno; (3) si hubo fracaso terapéutico, duración de la terapia por cada uno de ellos]
- El paciente está estable con los medicamentos actuales; existe un alto riesgo de resultados clínicos adversos con un cambio de medicamento** [Especifique más abajo lo siguiente: Efecto clínico anticipado significativamente adverso]
- Existe la necesidad médica de tener una forma de dosis diferente y/o una dosis mayor** [Especifique más abajo lo siguiente: (1) Formas de dosis y/o dosis probadas; (2) explique la razón médica]
- Solicitud de excepción al nivel del formulario** [Especifique más abajo lo siguiente: (1) Medicamentos del formulario o preferentes contraindicados o probados sin éxito, o probados sin la misma eficacia que el medicamento solicitado; (2) en caso de fracaso terapéutico, duración de la terapia por cada medicamento y resultado adverso; (3) si no fue tan eficaz, duración de la terapia por cada medicamento y resultado]
- Otra** (explique abajo)

Explicación requerida: _____

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.