

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 adjunta de copago inferior (excepción de nivel): Responda.

- Llene la Solicitud adjunta de copago inferior* (Formulario de excepción de niveles).
- 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 copago inferior (excepción de nivel)

Use este formulario para solicitar la cobertura de un medicamento genérico o de marca en un nivel de mayor costo a un nivel inferior de costo. Se aplican ciertas restricciones.

Para procesar esta solicitud, se debe proporcionar la documentación que indique que todos los medicamentos para tratar la misma condición en un nivel de costo inferior no serían tan eficaces o tendrían efectos adversos. Proporcione información clínica u otras pruebas que sustenten la necesidad médica del medicamento que está en el nivel superior, incluyendo medicamentos anteriores antes probados para esta condición en particular. Nota: **Las excepciones de nivel no pueden solicitarse para medicamentos aprobados bajo el proceso de excepción del formulario en el nivel de especialidad, o medicamentos de marca en el precio del medicamento genérico.**

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.

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., licenciario 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.

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.

- * El copago o coseguro significa el monto que un miembro del plan debe pagar para un medicamento recetado de conformidad con un Plan, el cual puede ser un deducible, un porcentaje del precio del medicamento recetado, un monto fijo u otro cargo con el saldo, de ser el caso, pagado por el plan.

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 un copago inferior (excepción de nivel)

<u>Información del paciente</u>	<u>Información del médico que emite la receta y de la farmacia</u>
Nombre: _____	Nombre: _____
ID del miembro:	Especialidad: _____
ID de Medicare:	DEA:
Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Sexo: M / F (marque uno)	NPI:
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____	Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____ Fax: _____
¿Residente de un hogar de ancianos? SÍ/NO (marque uno)	Nombre de la farmacia: _____
¿Es un paciente con cuidados a domicilio? SÍ/NO (marque uno)	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 para un copago inferior (excepción de nivel)

Justificación médica: Proporcione justificación médica para la solicitud de un copago inferior (excepción de nivel) para un medicamento genérico en un nivel de costos superior. Indique por qué todas las alternativas en el formulario, en cualquiera de los niveles más bajos del formulario para el tratamiento de una condición similar no serían eficaces o causarían efectos adversos. Indique los medicamentos previos y dosis intentados en este paciente, condición y fechas o fechas aproximadas o duración del tratamiento (si se conoce). ¡Documente los efectos adversos que requieren la suspensión y/o la razón de la ineficacia percibida. Adjunte páginas adicionales de ser necesario.

- Si todos los agentes en el nivel inferior no son eficaces, especifique los fracasos anteriores de tratamiento:

- Si todos los agentes de niveles inferiores tendrían agentes adversos, especifique la historia de efectos adversos:

- Si no se han probado alternativas en los niveles inferiores, 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:** _____