

Solicitud de determinación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

Este formulario puede enviarse por correo o por fax:

Dirección:
CVS Caremark
P.O. Box 52000
MC109
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de Fax:
1-855-633-7673

También puede solicitarnos una determinación de la cobertura por teléfono llamando al 888-970-0917 (TTY: 711), 24 horas al día, siete (7) días a la semana, o a través de nuestra página web en carefirst.com.

Quién puede hacer una solicitud: Su médico puede pedirnos una determinación de cobertura en su nombre. Si quiere que otra persona (por ejemplo, un familiar o un amigo) presente una solicitud en su nombre, esa persona debe ser su representante. Póngase en contacto con nosotros para saber cómo nombrar a un representante.

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Nombre del afiliado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección del afiliado: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: (_____) _____ ID de prescriptor del miembro: _____

Rellene la siguiente sección SÓLO si la persona que hace esta solicitud no es el afiliado o el médico del afiliado:

Nombre del solicitante: _____
Relación del solicitante con el afiliado: _____
Dirección del solicitante: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: (_____) _____

Documentación de representación para las solicitudes de apelación realizadas por alguien que no sea el afiliado o el médico del afiliado: Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un equivalente escrito). Para obtener más información sobre la designación de un representante, póngase en contacto con su plan o con el 1-800-Medicare, TTY: 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO Inc., un 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 and Blue Shield.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO CON RECETA QUE SOLICITA

Si se conoce, incluya la dosis y la cantidad solicitada por mes:

TIPO DE SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos por el plan (excepción al formulario).*
- He estado utilizando un medicamento que anteriormente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos por el plan, pero que va a ser retirado o fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que me ha recetado mi médico.*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de recibir el que me recetó mi médico (excepción al formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan en cuanto al número de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener el número de píldoras que me recetó mi médico (excepción al formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que me ha recetado mi médico que por otro que trata mi enfermedad, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).*
- He estado utilizando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero que está siendo trasladado o fue trasladado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto de lo que debía por un medicamento.
- Quiero que me reembolsen un medicamento recetado cubierto que he pagado de mi bolsillo.

***NOTA:** Si solicita una excepción al formulario o a los niveles, su médico DEBE proporcionar una declaración que apoye su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o a cualquier otro requisito de gestión de la utilización), pueden requerir información de apoyo. Su médico puede utilizar la "Información de apoyo para una solicitud de excepción o autorización previa" adjunta para respaldar su solicitud.

Información adicional que deberíamos tener en cuenta (adjunte cualquier documento de apoyo):

Nota importante-Decisiones expeditas: Si usted o su médico creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad, puede solicitar una decisión expedita (rápida). Si su médico indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión en 24 horas. Si no obtiene el apoyo de su médico para una solicitud expedita, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura expedita si nos pide que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN 24 HORAS. Si tiene una declaración de apoyo de su médico prescriptor, adjúntela a esta solicitud.

Firma: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DE APOYO PARA UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN O AUTORIZACIÓN PREVIA

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL FORMULARIO y DE NIVEL no pueden tramitarse sin la declaración de apoyo del médico. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de apoyo.

- SOLICITUD DE REVISIÓN EXPEDITA.** Al marcar esta casilla y firmar a continuación, 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 su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones.

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del médico: _____

Dirección del médico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de oficina: (_____) _____ Fax de oficina: (_____) _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

DIAGNÓSTICO E INFORMACIÓN MÉDICA

Medicación:	Dosis y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO COMIENZO	Duración prevista de la terapia:	Cantidad por 30 días:
Altura/peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO - Por favor, enumere todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos CIE-10 correspondientes. <i>(Si la condición 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 el(los) síntoma(s) si lo conoce)</i>		Código(s) ICD-10:
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Código(s) ICD-10:

DIAGNÓSTICO E INFORMACIÓN MÉDICA (CONTINUACIÓN)

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS (para el tratamiento de la(s) condición(es) que requiere(n) el medicamento solicitado)		
MEDICAMENTOS PROBADOS <i>(si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/ dosis diaria total probada)</i>	Fechas de los ensayos de medicamentos	RESULTADOS de ensayos previos de medicamentos FRACASO versus INTOLERANCIA <i>(explique)</i>
¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del afiliado para la(s) enfermedad(es) que requiere(n) el medicamento solicitado?		
SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO		
¿Hay alguna CONTRAINDICACIÓN ANOTADA por la FDA para el medicamento solicitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Existe alguna preocupación por una INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS con la adición del medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del afiliado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es afirmativa, por favor 1) explique el problema, 2) discuta los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación señalada, y 3) plan de seguimiento para garantizar la seguridad.		
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN INDIVIDUOS DE EDAD AVANZADA		
Si el afiliado tiene más de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los posibles riesgos en este paciente de edad avanzada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
OPIOIDES (por favor complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)		
¿Cuál es la dosis diaria acumulada equivalente de morfina (MED, por sus siglas en inglés)? _____ mg/día		
¿Sabe de otros prescriptores de opioides para este afiliado? En caso afirmativo, explíquelo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿La dosis diaria de MED indicada es médicamente necesaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Una dosis total diaria de MED más baja sería insuficiente para controlar el dolor del afiliado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

DIAGNÓSTICO E INFORMACIÓN MÉDICA (CONTINUACIÓN)

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

- Medicamento(s) alternativo(s) contraindicado(s) o probado(s) previamente, pero con resultado adverso, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico.** [Especifique a continuación si no se ha anotado ya en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anteriormente en el formulario: (1) Medicamento(s) probado(s) y resultados del(de los) ensayo(s) (2) si el resultado es adverso, enumere el(los) medicamento(s) y el resultado adverso de cada uno, (3) si es fracaso terapéutico, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento del(de los) medicamento(s) probado(s), (4) si hay contraindicación(es), enumere la razón específica por la que el(los) medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del formulario está(n) contraindicado(s).]
- El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con el cambio de medicación.** [Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se espera un resultado adverso significativo - por ejemplo, la condición ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, múltiples medicamentos necesarios para controlar la condición), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la condición no fue controlada previamente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.]
- Necesidad médica de una forma farmacéutica diferente y/o una dosis más alta.** [Especifique a continuación: (1) Forma(s) farmacéutica(s) y/o dosis probada(s) y resultado del(de los) ensayo(s) del(de los) medicamento(s); (2) explique la razón médica (3) incluya por qué no es una opción la dosificación menos frecuente con una dosis mayor, si existe una dosis mayor.]
- Solicitud de excepción de nivel del formulario.** [Especifique a continuación si no se ha anotado en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anteriormente en el formulario: (1) medicamento(s) del formulario o preferido(s) probado(s) y resultado(s) del(de los) ensayo(s) del(de los) medicamento(s) (2) si el resultado es adverso, enumere el(los) medicamento(s) y el resultado adverso de cada uno, (3) si es fracaso terapéutico/no es tan eficaz como el medicamento solicitado, enumere la dosis máxima y la duración de la terapia del(de los) medicamento(s) probado(s), (4) si hay contraindicación(es), enumere la razón específica por la que el(los) medicamento(s) preferido(s)/otro(s) medicamento(s) del formulario está(n) contraindicado(s).]
- Otros** (explique a continuación)

Explicación requerida:
