

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE UN MEDICAMENTO RECETADO DE
MEDICARE**

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección: Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO-SNP) SM Attn: Medicare D Clinical Review 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121	Número de fax: 1-800-693-6703
--	----------------------------------

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-855-231-2552 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama del 1 de abril al 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) durante los fines de semana y días feriados o a través de nuestro sitio web en www.getblueok.com/dsnp.

¿Quién puede presentar una solicitud?: El médico que emite la receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) presente una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Póngase en contacto con nosotros para saber cómo designar a un representante.

Información del afiliado

Nombre del afiliado		Fecha de nacimiento
Dirección del afiliado		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Número de identificación de miembro del afiliado	

Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que hace esta solicitud no es el inscripto o el médico que emite la receta:

Nombre del solicitante		
Vínculo del solicitante con el afiliado		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

Documentación de representación para las solicitudes que haga alguien que no sea el inscripto o el médico que emite la receta para el inscripto:

Adjunte documentación que demuestre que tiene la autoridad para representar al inscripto (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o una constancia equivalente por

escrito). Para obtener más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare (las 24 horas del día, los siete días de la semana).

Nombre del medicamento recetado que solicita (si la conoce, incluya la concentración 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 del plan (excepción de listado).*
- Estuve utilizando un medicamento que antes solía integrar la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que lo van a quitar o lo quitaron de esta lista durante el año del plan (excepción de listado).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que mi médico me ha recetado.*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que mi médico me recetó (excepción de listado).*
- Solicito una excepción al límite del plan sobre la cantidad de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir de modo que pueda obtener la cantidad que mi médico me recetó (excepción de listado).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que me recetó mi médico en comparación con lo que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).*
- Estuve utilizando un medicamento que solía integrar un nivel de copago más bajo, pero lo van a trasladar o ya lo trasladaron a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto de lo que me debería haber cobrado por un medicamento.
- Quiero recibir el reembolso por un medicamento recetado cubierto que he pagado de mi bolsillo.

***NOTA: si solicita una excepción de listado o de nivel, el médico que emite la receta DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que estén sujetas a autorización previa (o a cualquier otro requisito de administración de uso) podrán exigir información de respaldo. El médico que emite la receta puede utilizar el adjunto “Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa” para respaldar su solicitud.**

Información adicional que deberíamos tener en cuenta (*adjunte los documentos de respaldo*):

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o el médico que emite la receta consideran que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad de recuperar el rendimiento máximo, puede solicitar una decisión urgente (rápida). Si el médico que emite la receta indica que esperar 72 horas podría implicar un daño grave para su salud, automáticamente informaremos nuestra decisión en el plazo de 24 horas. Si no obtiene el respaldo del médico que emite la receta para una solicitud urgente, seremos nosotros quienes decidamos si su caso exige una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura urgente si pide que le reembolsemos un monto en concepto de un medicamento que ya ha recibido.

MARQUE ESTE CASILLERO SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN EL PLAZO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo del médico que emite la receta, adjúntela a esta solicitud).

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

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN DE LISTADO y DE NIVEL no se pueden procesar sin la declaración de respaldo del médico que emite la receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA podrán exigir información de respaldo.

SOLICITUD DE REVISIÓN URGENTE: Al marcar este casillero y firmar a continuación, certifico que aplicar el plazo de revisión estándar de 72 horas puede poner en grave peligro la vida o la salud del inscripto o la capacidad de dicho inscripto para recuperar su rendimiento máximo.

Información del médico que emite la receta		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio		Fax
Firma del médico que emite la receta		Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO INICIO	Duración prevista de la terapia:	Cantidad por 30 días
Altura/peso:	Alergias a medicamentos:	

DIAGNÓSTICO: enumere todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos CIE-10 correspondientes. (Si la afección 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 o los síntomas, si se conocen)		Códigos CIE-10
Otros DIAGNOSTICOS RELEVANTES:		Códigos CIE-10
ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS: (para el tratamiento de la o las afecciones que requieren el medicamento solicitado)		
MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un problema, enumere la dosis unitaria/la dosis diaria total probada)	FECHAS de las pruebas de medicamentos	RESULTADOS de las pruebas de medicamentos anteriores FALLA vs INTOLERANCIA (explique)
¿Cuál es el régimen actual de medicamentos del afiliado para la o las afecciones que requieren el medicamento solicitado?		

SEGURIDAD FARMACOLÓGICA	
¿Existe alguna CONTRAINDICACIÓN INDICADA POR LA FDA al medicamento solicitado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Existe alguna inquietud por un INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA con el agregado del medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos del afiliado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente es sí, por favor 1) explique el problema, 2) detalle los beneficios en contraposición a los riesgos potenciales a pesar de la inquietud señalada, y 3) el plan de control para garantizar la seguridad	
GESTIÓN DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES	
Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente de la tercera edad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
OPIOIDES: (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opiode)	
¿Cuál es la Dosis Equivalente de Morfina diaria acumulativa (DEM)?	mg/día
¿Conoce otros médicos que emitan recetas de opioides para este afiliado? Si es así, por favor, explique.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿La dosis equivalente de morfina diaria indicada es necesaria desde el punto de vista médico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Sería insuficiente una dosis equivalente de morfina diaria total inferior para aliviar el dolor del afiliado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Medicamento o medicamentos alternativos contraindicados o probados previamente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico [Especifique a continuación si aún no se ha indicado en la sección ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS que aparece antes en el formulario: (1) Medicamento o medicamentos probados y resultados de las pruebas de medicamentos; (2) si el resultado es adverso, enumere el o los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) si existe una falla terapéutica, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para el o los medicamentos probados; (4) si existen contraindicaciones, indique la razón específica por la cual el o los medicamentos preferidos u otros medicamentos del listado están contraindicados]

El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos importantes con el cambio de medicación Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso importante previsto y por qué se esperaría este tipo de resultado; por ejemplo, la afección ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se necesitan varios medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso importante cuando la afección no se controló previamente (por ejemplo, hospitalización o consultas médicas de nivel agudo frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

Necesidad médica para una forma farmacéutica diferente o dosis más altas [Especifique a continuación: (1) Formas farmacéuticas o dosificaciones probadas y resultado de las pruebas de medicamentos; (2) explique la razón médica; (3) incluya por qué la dosificación menos frecuente con una concentración mayor no es una opción, si existe una mayor concentración]

Solicitud de excepción de nivel de listado Especifique a continuación si no se indica en la sección ANTECEDENTES FARMACÉUTICOS que aparece antes en el formulario: (1) Medicamentos listados o preferidos y resultados de las pruebas de medicamentos; (2) si el resultado es adverso, enumere el o los medicamentos y el resultado adverso para cada uno, (3) si existe una falla terapéutica o no es tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados; (4) si existen contraindicaciones, indique la razón específica por la cual los medicamentos preferidos u otros medicamentos del listado están contraindicados]

Otro (explique a continuación)

Explicación requerida _____

Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), ofrece la cobertura HMO en Nuevo México, las coberturas HMO y HMO-POS en Illinois, y las coberturas PPO en Illinois, Montana y Nuevo México. Illinois Blue Cross Blue Shield Insurance Company (ILBCBSIC) ofrece la cobertura HMO en Illinois. HCSC ofrece las coberturas HMO Special Needs y PPO Special Needs en Nuevo México. HCSC Insurance Services Company (HISC) ofrece las coberturas HMO, PPO y Dual Care HMO Special Needs en Texas. HISC ofrece la cobertura PPO en Nuevo México. GHS Insurance Company (GHSIC) ofrece las coberturas HMO y PPO en Texas. HCSC ofrece todas las coberturas HMO y PPO disponibles como prestación laboral o a través de sindicatos. GHS Health

Maintenance Organization, Inc., cuyo nombre comercial es BlueLincs HMO (BlueLincs), ofrece la cobertura HMO en Oklahoma. GHS Insurance Company (GHSIC), ofrece las coberturas HMO Special Needs Plan y PPO en Oklahoma. HCSC, ILBCBSIC, HISC, GHSIC y BlueLincs son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. ILBCBSIC, GHSIC y BlueLincs son organizaciones Medicare Advantage que tienen contrato con Medicare. HCSC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa New Mexico Medicaid. GHSIC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa Oklahoma Medicaid. HISC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa Texas Medicaid. La posibilidad de solicitar cobertura de estas pólizas depende de la renovación de los contratos.



**BlueCross BlueShield
of Oklahoma**

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma:

- Proporciona apoyo y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera efectiva, tales como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes capacitados en lengua de señas.
 - Materiales escritos en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con un Coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante la siguiente entidad: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960. Puede presentar una inconformidad por teléfono, correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, un Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina para los Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono mediante la siguiente información de contacto:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D. C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**). 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: سيقوم شخص ما يتحدث العربية إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**). بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-855-231-2552** (TTY/TDD: **711**)。にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。