

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Debe enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:	Número de fax:
Blue Cross of Idaho Rx	1-844-521-6938
P.O. Box 47686	
San Antonio, TX 78265-8686	

También puede solicitar una determinación sobre la cobertura por teléfono al 1-833-293-0661, TTY: 711, 24 horas al día, siete días a la semana o a través de nuestro sitio web, members.bcidaho.com.

¿Quién puede presentar una solicitud?: El médico que receta los medicamentos puede solicitar una determinación sobre la cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) presente la solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Contáctenos para averiguar qué debe hacer para designar a un representante.

Información del inscrito

Nombre del inscrito		Fecha de nacimiento
Dirección del inscrito		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Núm. de identificación del miembro	

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el inscrito ni el médico que receta los medicamentos:

Nombre del solicitante		
Relación entre el solicitante y el inscrito		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

Documentación de representación para solicitudes presentadas por una persona que no es el inscrito ni el médico que receta los medicamentos:

Adjunte la documentación que lo autorice a representar al inscrito (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 o un documento escrito equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con el plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento recetado que solicita (si lo sabe, incluya la dosis y la cantidad solicitada por mes):

Tipo de solicitud de determinación sobre la cobertura

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).*
- Tomo un medicamento que estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero lo quitarán o lo quitaron de la lista durante el año del plan (excepción al formulario).*
- Solicito una autorización previa para obtener el medicamento que me recetó el médico.*
- Solicito una excepción al requisito de tener que probar otro medicamento antes de poder obtener el medicamento que me recetó el médico (excepción al formulario).*
- Solicito una excepción al límite que establece el plan con respecto a la cantidad de comprimidos (límite de cantidad) que puedo recibir para poder adquirir la cantidad de comprimidos que me recetó el médico (excepción al formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que me recetó el médico que por otro medicamento que sirve para tratar mi afección, y quiero pagar un copago más bajo (excepción a nivel de cobertura).*
- Tomo un medicamento que estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero lo pasarán o lo pasaron a un nivel de copago más alto (excepción a nivel de cobertura).*
- El plan de medicamentos me cobró un copago más alto del que debería por un medicamento.
- Quiero que me reembolsen un medicamento recetado cubierto que pagué con mi dinero.

*** NOTA: Si solicita una excepción a nivel de cobertura o al formulario, el médico que receta los medicamentos DEBE presentar una declaración que respalde su solicitud. Para las solicitudes que están sujetas a una autorización previa (o a cualquier otro requisito de administración de la utilización), debe presentar información justificativa. El médico que receta los medicamentos puede usar la sección "Información justificativa para una solicitud de excepción o una autorización previa" para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos tener en cuenta (*adjunte documentos justificativos*):

Nota importante: decisiones aceleradas

Si usted o el médico que receta los medicamentos consideran que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad, pueden solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el médico que receta los medicamentos indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente le comunicaremos nuestra decisión en menos de 24 horas. Si no cuenta con el respaldo del médico que receta los medicamentos para presentar una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si lo que está pidiendo es que le reembolsemos el dinero que pagó por un medicamento.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN MENOS DE 24 HORAS. (Si tiene una declaración justificadora del médico que receta los medicamentos, adjúntela a la solicitud).

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

Información justificativa para una solicitud de excepción o una autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN A NIVEL DE COBERTURA y AL FORMULARIO no se pueden procesar sin una declaración justificadora del médico que receta los medicamentos. Deberá presentar información justificativa para las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA.

SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar a continuación, declaro que solicitar una revisión estándar que demora 72 horas podría poner en peligro la vida o la salud del inscrito o su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad.

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

H1350_PBM25300S_C

BCI_CARE_CDRF

3000 E. Pine Avenue, Meridian, ID 83642 • P.O. Box 8406, Boise, ID 83707-2406 • 1-888-494-2583 | TTY: 711

©2020 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus"), es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, con servicios proporcionados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc.

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Dosis y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha en que el paciente empezó a tomarlo: <input type="checkbox"/> NUEVO	Duración prevista del tratamiento:	Cantidad para 30 días:
Estatura/peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO. Indique todas las afecciones que se tratan con el medicamento solicitado y especifique los códigos de la clasificación internacional de enfermedades, 10.ª Edición (ICD-10). (Si la afección que se trata con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., especifique el diagnóstico que causa los síntomas si se conoce).		Código(s) de la ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Código(s) de la ICD-10
ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las afecciones que requieren el medicamento solicitado)		
MEDICAMENTOS QUE PROBÓ (si se trata de un límite de cantidad, indique la dosis unitaria/dosis diaria total que probó)	FECHAS de las pruebas de medicamentos	RESULTADOS relativos a la INEFICACIA o INTOLERANCIA de las pruebas de medicamentos anteriores (explique)
¿Cuál es el tratamiento de medicamentos actual que el inscrito sigue para tratar la afección para la cual necesita el medicamento solicitado?		

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿La **Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)** indicó que el medicamento solicitado tiene **ALGUNA CONTRAINDICACIÓN?** SÍ NO

¿Hay algún problema relacionado con la **INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS** al incorporar el medicamento solicitado al tratamiento actual del inscrito?

SÍ NO

Si respondió que sí a alguna de las preguntas anteriores, 1) explique el problema, 2) compare los beneficios y los riesgos a pesar del problema indicado y 3) mencione el plan de control que se llevará a cabo para garantizar la seguridad.

GESTIÓN DE RIESGOS ALTOS DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES

Si el inscrito tiene más de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos para este paciente? SÍ NO

OPIOIDES. (Responda las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide).

¿Cuál es la dosis equivalente de morfina (**MED**) acumulada por día?

mg por día

¿Sabe si otro médico le receta opioides a este inscrito?

SÍ NO

De ser así, explique.

¿La MED por día indicada es necesaria por motivos médicos?

SÍ NO

¿Una MED por día más baja sería insuficiente para controlar el dolor del inscrito?

SÍ NO

MOTIVO DE LA SOLICITUD

Otros medicamentos están contraindicados o el paciente ya probó otros medicamentos, pero no tuvo buenos resultados, p. ej., efectos secundarios, alergia o ineficacia terapéutica. [Especifique a continuación si no lo indicó en la sección anterior ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS: (1) Medicamentos probados y los resultados de los ensayos de drogas (2) si un resultado adverso, enumere los medicamentos y los resultados adversos para cada uno (3) si hay un fracaso terapéutico, enumere la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados (4) si hay contraindicaciones, por favor enumere las razones específicas por las que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados]

El paciente está en situación estable con los medicamentos actuales; riesgo alto de resultados clínicos adversos importantes con el cambio de medicamentos. Se exige una explicación detallada de los resultados clínicos adversos importantes que se pueden prever y del motivo por el cual se pueden prever, p. ej., la afección ha sido difícil de controlar (el paciente probó muchos medicamentos, se necesitan varios medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso importante cuando la afección no estaba siendo controlada (p. ej., internación o visitas médicas frecuentes y urgentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, considerable limitación de la capacidad funcional, dolor y sufrimiento excesivos), etc.

Necesidad médica de una presentación diferente y/o de una dosis más alta. A continuación, especifique: (1) Las presentaciones y/o las dosis que probó el paciente y los resultados de las pruebas de los medicamentos, (2) el motivo médico y (3) el motivo por el cual una dosis menos frecuente con una concentración más alta no es una opción, si es que existe una concentración más alta.

Solicitud de excepción al nivel del formulario. Si no lo indicó en la sección anterior ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS, especifique: (1) los medicamentos preferidos o del formulario que probó el paciente y los resultados de las pruebas de los medicamentos, (2) los medicamentos y los resultados adversos que le produjo cada uno, de haberlos tenido, (3) la dosis máxima y la duración del tratamiento de los medicamentos que probó el paciente en caso de ineficacia terapéutica/si otro medicamento no es tan eficaz como el medicamento solicitado y (4) de haber contraindicaciones, los motivos específicos por los cuales los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados.

Otro motivo (explique a continuación)

Explicación obligatoria: _____

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Blue Cross of Idaho y Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. (denominados colectivamente Blue Cross of Idaho) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan, excluyen ni tratan de manera menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad de origen (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (consistente con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)).

Blue Cross of Idaho:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - o Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Cross of

Idaho al 1-800-627-1188 (TTY: 711). Si considera que Blue Cross of Idaho no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna manera debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante: Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles) 3000 E. Pine Ave., Meridian, ID 83642
Teléfono: 1-800-274-4018
Fax: 208-331-7493
Correo electrónico: grievancesandappeals@bcidaho.com
TTY: 711

Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, nuestro coordinador de derechos civiles podrá ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: Si usted habla árabe, bantú, chino, farsi, francés, alemán, japonés, coreano, nepalés, rumano, ruso, serbocroata, español, tagalo o vietnamita, dispone de asistencia gratuita en su propio idioma. Llame al 1-800-627-1188 (los usuarios de TTY deben llamar al: 711).

Árabe: انتبه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية ، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً اتصل على 1-800-627-1188 (للصم والبكم: 711).

Bantú: ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Chino: 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-627-1188 (TTY: 711)。

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات رایگان پشتیبانی زبان، در دسترس شما است. شماره تماس 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Francés: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-627-1188 (ATS : 711).

Alemán: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Japonés: 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-627-1188 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Coreano: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-627-1188 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Nepali: ध्यान दनिहोस्: तपाइंले नेपाली बोलनुहुन्छ भने तपाइंको नमिति भाषा सहायता सेवाहरू नैःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-627-1188 (टटिविड: 711) ।

Rumano: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Ruso: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-627-1188 (телетайп: 711).

Serbocroata: OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-627-1188 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Tagalo: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Vietnamita: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-627-1188 (TTY: 711).