

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

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:  
Blue Cross Community MMAI<sup>SM</sup>  
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 1-877-723-7702, TTY: 711. Nuestro centro de atención telefónica está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del Centro. Los fines de semana y los feriados federales, puede dejar un mensaje de voz. Si deja un mensaje, un representante de Servicios para Miembros le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil. La llamada es gratuita, o a través de nuestro sitio web en <http://www.bcbsil.com/mmai/>.

**¿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).**

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
---------------	---------------

### 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"/> <b>NUEVO INICIO</b>	Duración prevista de la terapia:	Cantidad por 30 días
Altura/peso:	Alergias a medicamentos:	



## 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), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece la cobertura Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan). HCSC es una compañía de seguros médicos que tiene contrato con Medicare e Illinois Medicaid para brindar beneficios de ambos programas a sus asegurados. La posibilidad de solicitar cobertura de la póliza de HCSC depende de la renovación del contrato.