BlueCross BlueShield
Federal Employee Program®

Envíe por fax el formulario completo al: 1-855-633-7673
Si tiene preguntas, llame al: 1-855-344-0930
24 horas al día, 7 días a la semana
Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Información importante sobre la cobertura de medicamentos recetados

Para: De:

Fax: Páginas:

Re: Solicitud de excepción de límite de cantidad: responda.

- Complete el Formulario de Solicitud de Excepción de Límite de Cantidad adjunto.
- Para evitar retrasos en el proceso de revisión, complete todos los campos solicitados.
- Los formularios completados deben enviarse por fax al: 1-855-633-7673. No es necesario enviar esta portada por fax.

Información sobre esta Solicitud de Excepción de Límite de Cantidad

Utilice este formulario para solicitar la cobertura de una cantidad que excede los límites de cantidad del plan. Existen límites de cantidad para ciertas clases de agentes según las pautas de seguridad y dosificación del fabricante. Para procesar esta solicitud, se debe proporcionar documentación que explique por qué la cantidad permitida sería ineficaz o afectaría negativamente al paciente. Proporcione información clínica u otra evidencia para respaldar la prescripción de este medicamento en exceso de los límites de cantidad del plan, incluidas las dosis anteriores y otros medicamentos que se intentaron para la afección de este paciente.

Puede hacer una solicitud acelerada indicándolo en la parte superior del formulario adjunto. Si solicita una revisión acelerada y firma el formulario adjunto, usted certifica que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas puede poner en grave peligro la vida o la salud del miembro o la capacidad del miembro para recuperar la máxima funcionalidad.

La información en el formulario adjunto es información de salud protegida y está sujeta a todas las regulaciones de privacidad y seguridad bajo HIPAA.

La privacidad de los miembros es importante para nosotros. Nuestros empleados están capacitados con respecto a la forma adecuada de manejar la información privada de salud de nuestros miembros.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Esta comunicación y cualquier archivo adjunto pueden contener información confidencial y/o privilegiada para el uso de los destinatarios designados mencionados anteriormente. Si no es el destinatario previsto, se le notifica que ha recibido esta comunicación por error y que está prohibida cualquier revisión, divulgación, difusión, distribución o copia de la misma o de su contenido. Si ha recibido esta comunicación por error, notifique al remitente inmediatamente por teléfono y destruya todas las copias de esta comunicación y cualquier archivo adjunto.

Envíe por fax el formulario completo al: 1-855-633-7673
En caso de preguntas, llame al: 1-855-344-0930
24 horas del día, 7 días de la semana
Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Solicitud de excepción de límite de cantidad

☐ Solicitud de revisión acelerada

Información del paciente

Nombre: _____

Id. del miembro: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ID de Medicare: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fecha de nac.: ___/___/_____ Sexo: ☐M/ ☐F (Marque uno)

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Residente de hogar de ancianos ☐SÍ/☐NO (marque uno) _

Paciente de cuidados domiciliarios ☐SÍ/☐NO (marque uno)

Información del prescriptor y de la farmacia

Nombre: _____

Especialidad: _____

DEA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NPI: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: ____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre de la farmacia: _____

NCPDP: |_|_|_|_|_|_|_|

NPI: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Teléfono: _____ Fax: _____

Todos los elementos debajo de esta línea son solo para uso del médico

---

Información para el medicamento solicitado

Nombre del medicamento: _____ Medicamento solicitado: ☐Marca/ ☐Genérico (marque uno)

Potencia: _____ Dosis: _____ Cant. de 30 días____ Medicamento: ☐nuevo/ ☐repetición (marque uno)

Instrucciones: _____ Diagnóstico: _____

Código ICD-10: _____ Las revisiones estándar se completarán en menos de 72 hrs. La revisión acelerada está disponible si certifica que un plazo de revisión estándar pondrá en grave peligro la salud de su paciente. Para solicitar una revisión acelerada, indíqueloen la parte superior de esta página.

Solicitud de Criterios de Excepción de Límite de Cantidad

Justificación médica: proporcione una justificación médica para la solicitud de excepción del límite de cantidad. Adjunte páginas adicionales de ser necesario. Si el número de dosis disponibles bajo una restricción de dosis para el medicamento recetado:

☐ Ha sido ineficaz anteriormente en el tratamiento de la enfermedad o afección médica del afiliado, especifique la experiencia de tratamiento previo relevante aquí:

_____
_____
_____

☐ Con base en evidencia clínica sólida y evidencia médica y científica, es probable que las características físicas o mentales relevantes conocidas del afiliado y las características conocidas del régimen de medicamentos sean ineficaces o afecten negativamente la efectividad del medicamento o el cumplimiento del paciente, especifique las inquietudes clínicas relevantes aquí:

_____
_____
_____

☐ Si no se ha prescrito previamente un ensayo previo del medicamento solicitado en cantidades disponibles por debajo del límite de cantidad, marque esta casilla.

Doy fe de que la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa a partir de esta fecha.

Firma del Prescriptor _____ **Fecha:** _____