

# INSURANCE REIMBURSEMENT GRID

**AETNA** AETNA PHARMACY MNGT    **ANTHEM**    **CIGNA** CIGNA PHARMACY MNGT    **HUMANA** HUMANA PHARMACY MNGT    **UHC (Medical)** OPTUM    **UHC (Pharmacy)** OPTUM    **SELECT HEALTH** OWN    **REGENCE BLUE CROSS AND BLUE SHIELD** OMEDARX    **PUBLIC EMPLOYEES HEALTH PLAN (PEHP)** ESI    **UTAH STATE MEDICAID** OWN    **MOLINA CAREMARK**

## COVERAGE CRITERIA (PHARMACY)

Pharmacy with Insulin (Type 1 & Type 2)	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N
Pharmacy with Prior Authorization (Type 1 Only)	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	Y	N	N

## COVERAGE CRITERIA (DME)

Age (If Other is selected, enter criteria below)	25+	2+	2+	2+	8+	2+	2+	2+	2+	2+	2+	2+
Diabetes	T1	T1, T2	T1, T2	T1, T2	T1	T1	T1	T1, T2	T1, T2	T1	T1	T1
Hypo/Hypo Unawareness	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Intensive Insulin Use	Y	Y	N	Y	N	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
Compliance (fingersticks)	Y	N	N	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Inadequate glycemic control/variability	Y	N	N	N	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
HbA1c	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N

## DOCUMENTATION REQUIREMENTS

CMN	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
BG Logs	N	N	N	Y (30 days)	N	N	Y (30 days)	N	N	Y (30 days)	Y (30 days)	Y (30 days)
Trial	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Chart Notes	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	Y	Y	Y
DME Authorization/Prior Authorization	N	N	N	N	N	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
Hypoglycemia Survey	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

## COMPONENTS

Sensors	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Transmitters	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Receivers	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y

Age - Other (enter criteria)	<25 with documented hypoglycemia unawareness	Anthem not in Utah						Archived policy	Insulin "look back" 30 days	Ages 2-20 through EPSDT		
------------------------------	--	--------------------	--	--	--	--	--	-----------------	-----------------------------	-------------------------	--	--