

PEDIDO DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo postal o fax:

Dirección:  
**Blue Shield of California**  
**PO Box 70850 Oakland, CA 94612-0850**

Número de fax:  
**1 (888) 697-8122**

También puede pedirnos una determinación de cobertura por teléfono llamando al 1 (800) 535-9481. Puede ver nuestro formulario en línea en <http://www.blueshieldca.com/medicare>.

**Quién puede hacer un pedido:** el profesional que le hizo la receta puede pedirnos una determinación de cobertura en su nombre. Si quiere que otra persona (como un amigo o un miembro de su familia) haga un pedido por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para que le digamos cómo nombrar a un representante.

**Información del inscrito**

Nombre del inscrito		Fecha de nacimiento
Dirección del inscrito		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	N.º de id. de miembro del inscrito	

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace este pedido no es el inscrito ni el profesional que hizo la receta:**

Nombre de la persona que hace el pedido		
Relación de la persona que hace el pedido con el inscrito		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

**Documentación de representación para pedidos hechos por una persona que no es ni el inscrito ni el profesional que hizo la receta del inscrito:**

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

**Nombre del medicamento recetado que solicita** (si es conocido, incluya la concentración y la cantidad pedidas por mes):

**Tipo de pedido de determinación de cobertura**

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario).\*
- He tomado un medicamento que se incluía antes en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se quitará o se quitó de esta lista durante el año del plan (excepción del formulario).\*
- Pido la autorización previa para el medicamento que el profesional que hizo la receta me recetó.\*
- Pido una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que el profesional que hizo la receta me recetó (excepción del formulario).\*
- Pido una excepción al límite en la cantidad de píldoras (límite de cantidad) del plan que puedo recibir para poder obtener la cantidad de píldoras que el profesional que hizo la receta me recetó (excepción del formulario).\*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que el profesional que hizo la receta me recetó de lo que cobra por otro medicamento que trata mi problema de salud, y quiero pagar el copago más bajo (excepción del nivel de medicamento).\*
- He tomado un medicamento que antes se incluía en un nivel de copago más bajo, pero se pasará o se pasó a un nivel de copago más alto (excepción del nivel de medicamento).\*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto de lo que debería haberme cobrado por un medicamento.
- Quiero que me reembolsen el dinero que pagué por un medicamento recetado cubierto.

**\*NOTA: Si pide una excepción del formulario o del nivel de medicamento, el profesional que le hizo la receta DEBE brindar una declaración que respalde su pedido. Se puede requerir información de respaldo para los pedidos que estén sujetos a autorización previa (o a cualquier otro requisito de administración del uso). Para respaldar su pedido, el profesional que le hizo la receta puede usar la “Información de respaldo para un pedido de excepción o autorización previa” adjunta.**

Información adicional que deberíamos considerar (*adjunte los documentos de respaldo*):

---

---

---

---

**Nota importante: decisiones urgentes**

Si usted o el profesional que le hizo la receta creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría significar un grave peligro para su vida, su salud o su capacidad para recuperarse plenamente, puede pedir una decisión urgente (rápida). Si el profesional que le hizo la receta indica que esperar 72 horas podría significar un grave peligro para su salud, tomaremos una decisión automáticamente en un plazo de 24 horas. Si no obtiene el respaldo del profesional que le hizo la receta para un pedido urgente, determinaremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura urgente si nos está pidiendo que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 24 HORAS (si el profesional que le hizo la receta le brindó una declaración de respaldo, adjúntela a este pedido).**

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

**Información de respaldo para un pedido de excepción o autorización previa**

Los pedidos de EXCEPCIÓN DEL FORMULARIO y DEL NIVEL DE MEDICAMENTO no pueden procesarse sin la declaración de respaldo del profesional que hizo la receta. Se puede requerir información de respaldo para los pedidos de AUTORIZACIÓN PREVIA.

**PEDIDO DE REVISIÓN URGENTE: al marcar esta casilla y firmar más abajo, certifico que, si se aplica el plazo de revisión estándar de 72 horas, la vida o la salud del inscrito o su capacidad para recuperarse plenamente podrían estar en grave peligro.**

<b>Diagnóstico e información médica</b>		
Medicamentos:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> <b>NUEVO INICIO</b>	Duración esperada del tratamiento:	Cantidad cada 30 días
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
<b>DIAGNÓSTICO. Enumere todos los diagnósticos que se tratarán con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes.</b> (Si el problema de salud que se tratará con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, falta de aire, dolor en el pecho, náuseas, etc., especifique el diagnóstico que provoca los síntomas, si sabe cuál es).		<b>Código(s) ICD-10</b>
<b>Otros DIAGNÓSTICOS PERTINENTES:</b>		<b>Código(s) ICD-10</b>
<b>HISTORIAL DE MEDICAMENTOS (para el tratamiento de los problemas de salud para los que se necesita el medicamento solicitado):</b>		
<b>MEDICAMENTOS PROBADOS</b> (si el límite de cantidad es un problema, enumere la dosis unitaria/dosis diaria total probada)	<b>FECHAS en las que se probaron otros medicamentos</b>	<b>RESULTADOS de los medicamentos que se probaron antes</b> <b>FRACASO frente a INTOLERANCIA (explique)</b>

<b>MEDICAMENTOS PRBADOS</b> (si el límite de cantidad es un problema, enumere la dosis unitaria/dosis diaria total probada)	<b>FECHAS en las que se probaron otros medicamentos</b>	<b>RESULTADOS de los medicamentos que se probaron antes</b> <b>FRACASO frente a INTOLERANCIA (explique)</b>
¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del inscrito para los problemas de salud que necesitan el medicamento solicitado?		

### SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

¿Existen **CONTRAINDICACIONES OBSERVADAS POR LA FDA** del medicamento solicitado?

SÍ  NO

¿Existe alguna inquietud de **INTERACCIONES ENTRE MEDICAMENTOS** que surja al incluir el medicamento solicitado en el régimen de medicamentos actual del inscrito?

SÍ  NO

Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas mencionadas más arriba es sí, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los posibles riesgos a pesar de la inquietud indicada, y 3) controle el plan para garantizar la seguridad.

### ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PERSONAS MAYORES

Si el inscrito tiene más de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado compensan los posibles riesgos que puede experimentar la persona mayor?

SÍ  NO

### OPIOIDES (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

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

**mg/día**

¿Está al tanto de otros profesionales que hacen recetas de opioides para este inscrito?

SÍ  NO

Si es así, explique.

¿Es la MED diaria establecida e indicada médicamente necesaria?

SÍ  NO

¿Sería insuficiente una MED diaria total más baja para controlar el dolor del inscrito?

SÍ  NO

### FUNDAMENTOS DEL PEDIDO

**Los medicamentos alternativos provocaron contraindicaciones o se probaron antes, pero con resultados adversos, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico.** Especifique más abajo si no se aclaró ya en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anteriormente en el formulario: (1) medicamentos que se probaron y resultados de estas pruebas; (2) si hubo resultados adversos, enumere los medicamentos y el resultado adverso de cada uno; (3) si hubo un fracaso terapéutico, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento de los medicamentos probados; (4) si se produjeron contraindicaciones, describa el motivo específico por el que hubo contraindicaciones para los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario.

**El paciente se mantiene estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultado clínico adverso importante con el cambio de medicamento.** Se requiere una explicación específica de los resultados clínicos adversos importantes que se prevén y del motivo por el cual se esperaría un resultado adverso, p. ej., ha sido difícil controlar el problema de salud (se probaron muchos medicamentos, se requieren varios medicamentos para controlar el problema de salud), el paciente ha tenido un resultado adverso importante cuando el problema de salud no se controló anteriormente (p. ej., hospitalización o visitas médicas frecuentes por síntomas agudos, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación importante de la capacidad funcional, dolor y sufrimiento innecesarios), etc.

**Necesidad médica de diferentes formas farmacéuticas o de dosis más altas.** Especifique más abajo: (1) forma farmacéutica o dosis probadas y resultado obtenido con los medicamentos probados; (2) explicación del motivo médico; (3) motivo por el cual una dosis menos frecuente con una concentración más alta no es una opción (si existe una concentración más alta).

**Pedido de excepción del nivel del formulario.** Indique más abajo si no se explicó antes en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS del formulario: (1) medicamentos del formulario o medicamentos preferidos que se probaron y resultados obtenidos con los medicamentos probados; (2) si hubo un resultado adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso de cada uno; (3) si hubo un fracaso terapéutico o la efectividad no fue la misma que con el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento de los medicamentos probados; (4) si hubo contraindicaciones, describa el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados.

**Otro** (explique más abajo).

**Explicación requerida** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_