

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE
MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE**

Nos puede enviar este formulario por correo o fax:

Dirección:
**Blue Shield of California
Pharmacy Services
PO Box 2080
Oakland, CA 94604-9716**

Número de fax:
(888) 697-8122

También puede pedirnos una determinación de cobertura por teléfono al **(800) 535-9481** o a través de nuestro sitio web: blueshieldca.com/medicare.

¿Quién puede hacer una solicitud?: Su profesional que le hace las recetas puede pedirnos una determinación de cobertura en su nombre. Si quiere que otra persona (por ejemplo, un familiar o un amigo) haga una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar un representante.

Información del inscrito

Nombre del inscrito		Fecha de nacimiento
Dirección del inscrito		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	N.º de identificación del inscrito	

Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que hace esta solicitud no es el inscrito ni el profesional que le hace las recetas:

Nombre del solicitante		
Relación del solicitante con el inscrito		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		

Documentación del representante para las solicitudes hechas por una persona que no es el inscrito ni el profesional que le hace las recetas:

Adjunte la documentación que demuestra que tiene autorización para representar al inscrito (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un equivalente escrito). Para obtener más información sobre cómo nombrar un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento recetado que solicita (incluya la dosis y la cantidad mensual solicitada si las conoce):

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- ☐ Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario). *
- ☐ He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que se eliminó o se eliminará de la lista durante el año del plan.*
- ☐ Solicito autorización previa para el medicamento recetado por el profesional que me hace las recetas.*
- ☐ Solicito una excepción al requisito que dice que debo probar otro medicamento antes de obtener el medicamento recetado por el profesional que me hace las recetas (excepción del formulario).*
- ☐ Solicito una excepción al límite del número de píldoras del plan (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener el número de píldoras recetadas por el profesional que me hace las recetas (excepción del formulario).*
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago mayor por el medicamento recetado por el profesional que me hace las recetas que lo que cobra por otro medicamento que trata mi problema de salud, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).*
- ☐ He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago menor, pero lo cambiaron o lo cambiarán a un nivel de copago mayor (excepción de nivel).*
- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago mayor al que debería por un medicamento.
- ☐ Quiero que me devuelvan el dinero que pagué de mi bolsillo por un medicamento recetado que está cubierto.

Y0118_24_465A_SP_C 08092024

H2819_24_465A_SP_C Approved 08202024

A53821MADD-SP_0724

***NOTA:** Si está pidiendo una excepción del formulario o de nivel, el profesional que le hace las recetas DEBE brindar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de la administración del uso) pueden necesitar información de respaldo. El profesional que le hace las recetas puede usar el documento adjunto titulado "Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa" para respaldar su solicitud.

Información adicional que deberíamos tener en cuenta (*adjunte cualquier documento de respaldo*).

Nota importante: Decisiones urgentes

Si usted o el profesional que le hace las recetas cree que esperar una decisión estándar por 72 horas podría ser muy peligroso para su vida, su salud o su capacidad de recuperarse completamente, puede pedir una decisión urgente (rápida). Si el profesional que le hace las recetas indica que esperar por 72 horas podría ser muy peligroso para su salud, automáticamente le daremos una decisión en 24 horas. Si no tiene el respaldo del profesional que le hace las recetas para obtener una solicitud urgente, decidiremos si su caso necesita una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura urgente si nos pide que le devolvamos su dinero por un medicamento que ya recibió.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN 24 HORAS** (si tiene una declaración de respaldo del profesional que le hace las recetas, adjúntela a esta solicitud).

Firma:

Fecha:

Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa

No se pueden procesar las EXCEPCIONES DEL FORMULARIO ni DE NIVEL sin una declaración de respaldo del profesional que le hace las recetas. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden necesitar información de respaldo.

☐ **SOLICITUD DE REVISIÓN URGENTE:** Al marcar este casillero y firmar abajo, certifico que aplicar la revisión estándar de 72 horas puede poner en peligro la vida o la salud del inscrito o su capacidad de recuperarse completamente.

Y0118_24_465A_SP_C 08092024

H2819_24_465A_SP_C Approved 08202024

A53821MADD-SP_0724

Información del profesional que hace las recetas		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del consultorio	Fax	
Firma del profesional que hace las recetas		Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Dosis y forma de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: ☐ NUEVO INICIO	Duración esperada de la terapia:	Cantidad cada 30 días
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: Detalle todos los diagnósticos tratados con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes. (Si el problema de salud tratado con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, falta de aire, dolor en el pecho, náuseas, etc., brinde el diagnóstico que causa el o los síntomas si lo conoce).		Código/s ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS IMPORTANTES:		Código/s ICD-10
HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento del o de los problemas de salud por los que necesita el medicamento solicitado)		
MEDICAMENTOS QUE PROBO (si el límite de cantidad es un problema, nombre la dosis por unidad o dosis total diaria que probó)	FECHAS de las pruebas de los medicamentos	RESULTADOS de las pruebas de los medicamentos anteriores FRACASO vs INTOLERANCIA (explique)

MEDICAMENTOS QUE PROBO (si el límite de cantidad es un problema, nombre la dosis por unidad o dosis total diaria que probó)	FECHAS de las pruebas de los medicamentos	RESULTADOS de las pruebas de los medicamentos anteriores FRACASO vs INTOLERANCIA (explique)
¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del inscrito para el o los problemas de salud por los que necesita el medicamento solicitado?		

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO
¿Hay alguna CONTRAINDICACIÓN INDICADA POR LA FDA ? ☐ SÍ ☐ NO
¿Hay alguna inquietud por alguna INTERACCIÓN ENTRE MEDICAMENTOS al agregar el medicamento solicitado en el régimen de medicamentos actual del inscrito? ☐ SÍ ☐ NO
Si la respuesta a alguna de las preguntas de arriba es "sí", 1) explique el problema; 2) explique los beneficios y los riesgos potenciales por la inquietud indicada; y 3) tenga un plan de control para garantizar su seguridad.
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO PARA LA TERCERA EDAD
Si el inscrito es mayor de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado son mayores a los riesgos potenciales en este paciente de la tercera edad? ☐ SÍ ☐ NO

OPIOIDES: (responda las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

¿Cuál es la Dosis Equivalente de Morfina (**MED**, por sus siglas en inglés) acumulada diaria? mg/día

¿Está al tanto de otros profesionales que le recetan opioides a este inscrito?

☐ SÍ ☐ NO

Si es así, explique.

¿Es médicamente necesaria la MED diaria indicada?

☐ SÍ ☐ NO

¿Una MED diaria total más baja sería insuficiente para controlar el dolor del inscrito?

☐ SÍ ☐ NO

MOTIVOS DE LA SOLICITUD

☐ **Los medicamentos alternativos están contraindicados o se probaron anteriormente, pero hubo resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico.** [Si no lo hizo arriba en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique abajo lo siguiente: (1) El o los medicamentos que probó y los resultados de cada prueba; (2) si hubo resultados adversos, nombre el o los medicamentos y los resultados adversos de cada uno; (3) si fracasó la terapia, nombre la dosis máxima y la duración de la terapia por cada medicamento que probó; y (4) si hay contraindicaciones, nombre el motivo específico por el que el o los medicamentos preferidos u otro medicamento o medicamentos del formulario están contraindicados].

☐ **El paciente está estable con el o los medicamentos actuales; hay un riesgo alto de tener resultados clínicos adversos significativos con el cambio de medicamento.** [Se necesita una explicación específica de si se podría esperar algún resultado adverso significativo y por qué. Por ejemplo, ha sido difícil controlar el problema de salud (se probaron muchos medicamentos o se necesita usar muchos medicamentos para controlarlo); el paciente ha tenido un resultado adverso significativo cuando no se controló el problema de salud anteriormente (por ejemplo, hospitalizaciones o visitas médicas agudas y frecuentes, ataques cardíacos, derrames cerebrales, caídas, limitaciones significativas del estado funcional, dolor excesivo y sufrimiento); etc.].

☐ **Hay una necesidad médica de un tipo de dosificación diferente y/o una dosis más alta.** [Especifique abajo lo siguiente: (1) El o los tipos de dosificación y/o la o las dosis que probó y los resultados de cada prueba; (2) explique el motivo médico; y (3) incluya por qué una dosis menos frecuente y más fuerte no es una opción (si existe una dosis más fuerte)].

☐ **Se solicita una excepción del formulario o de nivel.** [Si no lo hizo en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique abajo lo siguiente: (1) El o los medicamentos preferidos o del formulario que probó y los resultados de cada prueba; (2) si hubo un resultado adverso, nombre el o los medicamentos y los resultados adversos de cada uno; (3) si la terapia fracasó o no fue tan efectiva como el medicamento solicitado, nombre la dosis máxima y la duración de la terapia de cada medicamento que probó; y (4) en el caso de contraindicaciones, nombre el motivo específico por el que el o los medicamentos preferidos u otro medicamento o medicamentos del formulario están contraindicados].

☐ **Otro** (explique abajo)

Explicación necesaria _____

<The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。 >