

Formulario de solicitud para la determinación de cobertura de la Parte D de Medicare

Este formulario no se puede usar para solicitar:

- Medicamentos que Medicare no cubra, incluyendo, medicamentos de fertilidad, medicamentos recetados para adelgazar, para aumentar de peso o para el crecimiento del pelo, medicamentos de venta libre o vitaminas recetadas (salvo las vitaminas prenatales o preparaciones fluoradas).

Nombre del plan:				
Información del paciente			Información del médico prescriptor	
Nombre del paciente:			Nombre del médico prescriptor:	
Número de identificación del miembro:			N.º de la DEA	
Dirección:			Dirección:	
Ciudad:	Estado:		Ciudad:	Estado:
Teléfono de casa:	Código postal:	Teléfono del consultorio:	Fax del consultorio:	Código postal:
Sexo (encierre en un círculo): M F		Fecha de nacimiento:	Persona de contacto:	
Diagnóstico e información médica				
Medicamento:		Indicaciones de uso: (Frecuencia y dosis):		
☐ Receta nueva O fecha de inicio del tratamiento:		Duración prevista del tratamiento: Vía de administración		Cantidad:
Estatura/peso:		Alergias a medicamentos:		Cantidad por mes:
Firma del médico prescriptor:		Especialidad del médico:		Diagnóstico:
		Fecha:		
Justificación de la solicitud de excepción o autorización previa				
ESTE FORMULARIO NO SE PUEDE PROCESAR SIN LA EXPLICACIÓN REQUERIDA				
☐ Medicamentos alternos contraindicados o que se hayan intentado anteriormente, pero con resultado adverso (por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso en el tratamiento)				
➤ Especificar abajo: (1) Medicamentos contraindicados o que se hayan intentados; (2) resultado adverso para cada uno; (3) si hubo fracaso en el tratamiento, duración del tratamiento con cada medicamento				
☐ El paciente complejo tiene una o más condiciones crónicas (por ejemplo, condición psiquiátrica, diabetes) y es estable en los medicamentos actuales; alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con cambio de medicamentos				
➤ Especificar abajo: Resultado clínico adverso significativo previsto				
☐ Necesidad médica por diferente forma de dosis o dosis más alta				
➤ Especificar abajo: (1) Formas de dosis o dosis intentadas; (2) explique el motivo médico				
☐ Solicitud de excepción de lista de medicamentos o de clasificación por niveles				
➤ Especificar abajo: (1) Medicamentos de la lista de medicamentos o medicamentos preferidos contraindicados o que se hayan intentado y fracasaron, o que se hayan intentado y no resultaron tan eficaces como el medicamento solicitado; (2) si hay fracaso en el tratamiento, duración del tratamiento con cada medicamento y resultado adverso; (3) si no es tan eficaz, duración del tratamiento con cada medicamento y resultado				
Otro: _____				☐ Explique abajo
EXPLICACIÓN REQUERIDA: _____				

Solicitud de evaluación acelerada:

- ☐ Solicitud de evaluación acelerada:
- SOLICITUD DE EVALUACIÓN ACELERADA [24 HORAS] AL MARCAR ESTA CASILLA Y FIRMAR ARRIBA, CERTIFICO QUE SOLICITAR EL PLAZO ESTÁNDAR DE EVALUACIÓN DE 72 HORAS PUEDE PONER EN PELIGRO LA VIDA O LA SALUD DEL MIEMBRO O SU CAPACIDAD PARA RECUPERAR SU MÁXIMO FUNCIONAMIENTO

La información de este formulario es información médica protegida y está sujeta a todos los reglamentos de privacidad y seguridad según la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)