



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

Este formulario se usa para:			
Marcar una opción: <input type="checkbox"/> Solicitud inicial <input type="checkbox"/> Continuación de terapia/Solicitud de renovación			
Motivo de la solicitud (<i>marque todas las opciones que apliquen</i>): <input type="checkbox"/> Autorización previa <input type="checkbox"/> Excepción de formulario <input type="checkbox"/> Excepción de cantidad <input type="checkbox"/> Excepción de formulario compuesto <input type="checkbox"/> Excepción de nivel de copago <input type="checkbox"/> Otro (<i>especificar</i>): _____			
Información del paciente			
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
Alergias a medicamentos:		Estatura/Peso:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
N.º de ID del miembro		Nombre del plan:	
Información del prescriptor			
Médico clínico prescriptor:		N.º de teléfono del consultorio:	
Especialidad:		N.º de fax seguro del consultorio:	
N.º de NPI:		DEA/xDEA:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Persona de contacto (si no es el proveedor):			
Firma del prescriptor o representante autorizado			Fecha:
Información del medicamento			
Medicamento que se solicita:			
Concentración:	Cantidad:	Instrucciones:	
Diagnóstico relacionado con esta solicitud:			
Código(s) ICD:			
Si corresponde, ¿reconoce o sabe el prescriptor si la Asociación Estadounidense de Geriátrica (AGS, por sus siglas en inglés) considera que el medicamento solicitado es de alto riesgo para los pacientes mayores de 65 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Se encuentra el paciente actualmente recibiendo cuidados paliativos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Intentos y/o fracasos de terapias previas			
Nombre del medicamento	Concentración	Fechas de uso	Descripción de reacción adversa o fracaso

BayCare Health Plans es un plan de HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en BayCare Health Plans depende de la renovación del contrato.

Información adicional relacionada con esta solicitud (análisis de laboratorio, terapias no farmacológicas, contraindicaciones, explicaciones de excepciones, etc.):

Al marcar este casillero, declaro que este es un *caso urgente*, lo que significa que se requiere una determinación acelerada para evitar una grave amenaza a la vida, una extremidad o la vista; o porque es una amenaza para la capacidad del cuerpo de recuperar su función máxima; o porque se requiere controlar un dolor intenso.

La información de este formulario es información médica protegida y está sujeta a todas las normas de privacidad y seguridad en virtud de la HIPAA

BayCare Health Plans es un plan de HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en BayCare Health Plans depende de la renovación del contrato.