



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

Este formulario se utiliza para:			
Marcar una: <input type="checkbox"/> Solicitud inicial <input type="checkbox"/> Continuación del tratamiento/solicitud de renovación			
Motivo para la solicitud (<i>marque todas los que correspondan</i>): <input type="checkbox"/> Autorización previa <input type="checkbox"/> Excepción al formulario <input type="checkbox"/> Excepción de cantidad <input type="checkbox"/> Excepción al formulario compuesto <input type="checkbox"/> Excepción al copago de nivel <input type="checkbox"/> Otro (<i>especificar</i>): _____			
Información del paciente			
Nombre del paciente:		Fecha de nac.:	
Alergias a medicamentos:		Estatura/Peso:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
N.º de identificación del miembro:		Nombre del plan:	
Información del médico que receta			
Médico clínico que prescribe:		N.º de teléfono de la oficina:	
Especialidad:		N.º seguro de fax del consultorio:	
N.º NPI:		DEA/xDEA:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Persona de contacto (si difiere del proveedor):			
Firma del médico que receta o representante autorizado:			Fecha:
Información del medicamento			
Medicamento que se solicita:			
Fuerza:	Cantidad:	Indicaciones:	
Diagnóstico relacionado con esta solicitud:			
Código(s) ICD:			
Si corresponde, ¿reconoce o sabe el médico que receta que la American Geriatrics Society (AGS) considera que el medicamento solicitado es de alto riesgo para pacientes de 65 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Se encuentra el paciente actualmente inscrito en CUIDADOS PALIATIVOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Tratamientos anteriores que se intentaron y/o fallaron			
Nombre del medicamento	Fuerza	Fechas de uso	Descripción de la reacción adversa o falla

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

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

Al marcar esta casilla, doy fe de que este es un *caso urgente*, lo que significa que es necesaria una determinación acelerada para prevenir una amenaza grave para la vida, extremidad o la vista; o amenaza la capacidad del cuerpo para recuperar la función máxima; o se necesita para controlar el dolor agudo.

La información en este formulario es Información de Salud Protegida y está sujeta a todas las regulaciones de privacidad y seguridad según HIPAA

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