

INFORMACIÓN DE HOSPICIO PARA MEDICARE PARTE D

SECCIÓN I – INFORMACIÓN PARA ANULAR UN “RECHAZO A3” O ACTUALIZAR ESTATUS DE HOSPICIO

A. Propósito del formulario (por favor marque todos los encasillados que apliquen:

Admisión Comunicación Proactiva de Farmacia Anular Rechazo A3 Terminación

Para: Información del Plan Medicare Parte D		De: Información de Proveedor de Hospicio	
Nombre del Plan	MCS Classicare	Nombre de Hospicio	
Nombre del PBM	Envision Rx	Dirección	
Núm. de Teléfono	1.844.633.1064	Núm. de Teléfono	() -
Núm. de Fax	787.200.2858	Núm. de Fax	() -
Correo Electrónico	PharmacyMedicarePartD@medicalcardsystem.com	NPI	
Contacto	Pharmacy	Contacto	

Enlace web del patrocinador del plan: <https://www.mcsciclassicare.com/es/Paginas/Inicio.aspx>

B. Información del paciente		Información del médico	
Nombre del Paciente		Nombre del Médico	
Fecha de Nacimiento		NPI del Médico	
Núm. Identificación del Paciente (HICN)		Especialidad	
Fecha de Admisión		Dirección	
Fecha de Alta		Contacto	
Código(s) de Diagnóstico Primario		Núm. de Teléfono	() -
Código(s) de Diagnóstico Secundario		Núm. de Fax	() -
Código(s) de Diagnóstico no Relacionados		Afiliado de Hospicio	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

Para cambios en el estatus de hospicio se requiere documentación. Por favor marque para indicar cuál documento adjuntó.

Notificación de Elección Notificación de Terminación/Revocación

C. Información del Beneficio de Farmacia (PBM) de Hospicio

Nombre del PBM		BIN		Numero de Identificación	
Teléfono del PBM	() -	PCN		ID del Grupo	

D. Proceso de Pre Autorización: Entre una línea para cada medicamento Analgésico, Anti Nausea (antiemético), Laxante, y Anti Ansiedad (ansiolítico). Medicamentos no relacionados a la enfermedad terminal o condiciones relacionadas: Requiere Pre Autorización

Nombre del Medicamento y Potencia	Horario de Dosificación	Cantidad/Mes	Razón por la que justifique que el medicamento no está relacionado a la enfermedad terminal (Opcional)

E. Firma del Representante o Médico de Hospicio

Representante _____ Fecha ___/___/___
 Titulo _____

Médico* _____ Fecha ___/___/___

* Si el médico no está afiliado con el centro de hospicio, ¿el médico confirmó con el proveedor de hospicio que el medicamento no está relacionado a la enfermedad terminal y/o condiciones relacionadas? Sí No

**SECCION II – PLAN DE CUIDADO
(OPCIONAL)**

Nombre de Hospicio _____ **PI del Hospicio** _____

Nombre del Paciente _____ **ID del Paciente (HICN)** _____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/____

Medicamentos adicionales bajo el plan de cuidado de hospicio y designación de responsabilidad financiera					
Nombre del Medicamento y Potencia	Hospicio	Paciente	Nombre del Medicamento y Potencia	Hospicio	Paciente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Representante de Hospicio

Representante _____ Fecha ____/____/____

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Paciente/Representante _____ Fecha ____/____/____

* Este documento (y cualquier anejo(s)) es solamente para el uso del destinatario(s) y puede contener información confidencial y/o legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario, queda notificado que cualquier uso, divulgación, o distribución de su contenido está estrictamente prohibido. De haber recibido este documento por error, favor de notificar a MCS inmediatamente por teléfono y permanentemente destruya el documento original y todas las copias del mismo.