

INFORMACIÓN SOBRE HOSPICIOS PARA LOS PLANES DE LA PARTE D DE MEDICARE

SECCIÓN I – INFORMACIÓN SOBRE EL HOSPICIO PARA ANULAR EL "RECHAZO A3 DEL HOSPICIO" O ACTUALIZAR EL ESTATUS DEL HOSPICIO

A. Objetivo del formulario (favor de marcar todas las casillas correspondientes):												
Admisión Cor	municaci	ón proactiva	de farmacia	hazo A3	Terminación							
Al: Plan de la Par	te D de N	1edicare			Hospicio Pro	veedor						
Nombre plan					bre hospicio							
Nombre PBM					cción							
Núm. tel.	() -				n. tel () -							
Núm. fax () -				Núm. fax		()	-					
E-Mail seguro				NPI								
Nombre contacto Nombre contacto Follogo con al citic de internet del natrocimador del Plan.												
Enlace con el sitio de internet del patrocinador del Plan: B. Información sobre el (la) paciente Información sobre el (la) profesional que dio la receta												
Nombre del (de la)		a) paciente				de la) profesional	resionar d	que alo i	receta			
paciente					Nombre der (de la) profesional						
Fecha de Nacimiento del					NPI del (de la) profesional							
(de la) paciente	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·											
Núm. ID paciente (Nombre del consultorio Dirección del consultorio							
Fecha admisión al	nospicio				Direccion del	consultorio						
Fecha de alta del h	nospicio				Nombre del d							
Código diagnóstico)				Núm. tel. del	consultorio	()	-			
principal												
Otro(s) código(s)					Núm. fax del	consultorio	()	-			
diagnóstico												
Código(s) de					Afiliado al hospicio							
diagnóstico(s) no relacionado(s)					□ SÍ □ No							
	mentos a	ctualizados na	a cambiar el estatu	ıs del hosni	rio. Favor de m	narcar nara indicar	aué docu	mento se	adiunta			
Aviso de Elecciór			erminación/revoc			iarear para maiear	que acca		aujunta			
	re el (la) a	dministrador(a	de beneficios de la	i farmacia d	el hospicio (cor							
Nombre del PDM			BIN			ID del tarjeta- habiente						
Tel del PDM	1) -	PCN									
	(,				ID del grupo						
			un espacio por sepa									
están fuera de esta			nados con el pronó	stico termir	iai. No se neces	sita la autorización	previa para	a aquello:	medican	nentos que		
Nombre y potencia			Frecuencia de la	Cantidad	Razones justificativas de que el medicamento no está relacionado							
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			dosificación mes		con el pronóstico terminal (opcional)							

E. Firma del representante del hospicio o del pr	ofesional o	jue dio la re	eceta (Obligatorio).											
Representante				Fecha										
Cargo Profesional que dio la receta*				 Fecha										
*Si el profesional que recetó el medicamento no	este profesional													
con el hospicio proveedor que el medicamento no	Sí	No												
SECCIÓN II – PLAN DE TRATAMIENTO (Opcional)														
Nombre del hospicio	NPI del hospicio													
Nombre del (de la) paciente		Fecha de Nacimiento del (de la) paciente	/ /											
Demás medicamentos señalados en e														
Nombre y potencia del medicamento	Hospicio	Paciente	Nombre y potencia del m	nedicamento	Hospicio	Paciente								
Firma del (de la) representante del hospicio					'									
Representante				Fecha										
Firma del (de la) beneficiario(a) o del represe	ntante a <u>u</u> t	orizado(a)	del (de la) beneficiario(a)											
Beneficiario(a)/Representante				Fecha	_//_									