



Nombre del Plan \_\_\_\_\_  
 Teléfono # \_\_\_\_\_  
 Fax # \_\_\_\_\_

## Solicitud para Determinación de Cubierta de Medicare Parte D

Esta forma no puede ser utilizada para solicitar:

- Medicamentos no cubiertos por Medicare, incluyendo barbitúricos, benzodiazepinas, medicamentos para la fertilidad, medicamentos recetados para la pérdida de peso, aumento de peso o crecimiento de cabello, medicamentos “over the counter” (que no requieren receta médica), o vitaminas recetadas (exceptuando vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro).
- **Medicamentos biotecnológicos u otros medicamentos especializados para los cuales formas específicas del medicamento son requeridas. Vea [www.mapfremedicare.com](http://www.mapfremedicare.com) O vea el siguiente enlace para el website del plan a: [http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/04\\_Formulary.asp](http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/04_Formulary.asp).**

Información del Paciente			Información del Médico		
Nombre del Paciente:			Nombre del Médico:		
Número de ID del plan#:			NPI# (si esta disponible):		
Dirección:			Dirección:		
Ciudad:	Estado:		Ciudad:	Estado:	
Teléfono:	Zip:		Tel. Oficina #:	Tel. Fax #:	Zip:
Género (circule): M    F		Fecha de Nacimiento:	Persona de Contacto:		
Diagnóstico e Información Médica					
Medicamento:		Potencia y ruta de administración:		Frecuencia:	
<input type="checkbox"/> Nueva Receta o Fecha de Comienzo de Tratamiento:		Duración Estimada del Tratamiento:		Cantidad:	
Estatura/Peso:		Alergias a Medicamentos:		Diagnósticos:	
Firma del médico:				Fecha:	
Justificación para la Solicitud de Excepción o de Autorización Previa LA SOLICITUD NO PUEDE SER PROCESADA SIN LA INFORMACIÓN REQUERIDA					

Medicamento(s) alterno(s) contraindicado(s) o previamente usado(s), pero con resultados negativos (por ejemplo: toxicidad, alergia, o fallo terapéutico)

› Especifique a continuación: (1) Medicamento(s) contraindicados o usado anteriormente; (2) para cada resultado adverso de cada medicamento(s); (3) si hubo un fallo terapéutico, la duración de la terapia en cada medicamento(s);

Paciente complejo con una o más condiciones crónicas (incluyendo, por ejemplo, condición psiquiátrica, diabetes) es estable con el actual medicamento(s) que está utilizando actualmente; alto riesgo de resultados clínicos adversos si se cambia el medicamento

› Especifique a continuación: Resultados clínicos adversos significativos anticipados.

Necesidad médica de una forma de dosificación diferente y/o más alta.

› Especifique a continuación: (1) Forma(s) de dosificación y/o dosis tratada(s); (2) explicar la razón médica

Solicitar excepción de nivel en el formulario

› Especifique a continuación: (1) Formulario o medicamento preferido contraindicado o intentado o fallado, o tratado y no ha sido tan efectivo como el medicamento solicitado; (2) si el fallo terapéutico, la duración del tratamiento en cada medicamento y su resultado adverso; (3) si no es tan efectivo, la duración del tratamiento con cada medicamento y su resultado

Otro: \_\_\_\_\_ › Explique abajo

**EXPLICACIÓN REQUERIDA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Solicitud de Evaluación Expedita

SOLICITUD DE REVISIÓN EXPEDITA [24 HORAS]

- AL MARCAR ESTA CASILLA Y FIRMAR ARRIBA, CERTIFICO QUE EL APLICAR LAS 72 HORAS DE EVALUACIÓN EN UN TIEMPO ESTANDAR PUEDE PONER EN GRAVE PELIGRO LA SALUD O VIDA DEL BENEFICIARIO O DE LA CAPACIDAD DEL BENEFICIARIO DE RECUPERAR SU FUNCIONAMIENTO MÁXIMO

**La información en esta forma es información protegida de salud y esta sujeta a todas las normas de seguridad y privacidad que se encuentran bajo HIPAA.**

H5821\_MDRpst0015\_1F11spa  
F&U 3/16/2011