

## INFORMACIÓN DE HOSPICIO PARA PLANES DE MEDICARE PARTE D

### SECCIÓN I – INFORMACIÓN DE HOSPICIO 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	Elixir Rx Solutions	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

