

SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS B VS D

Este formulario puede enviarse a nosotros por correo o fax:

Dirección: 11430 NW 20th St, Suite 300 Miami, FL 33172

Fax: (844) 430-1705

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al (877) 336-2069

FECHA DE HOY: _____	NOMBRE DEL MÉDICO: _____
NOMBRE DEL AFIADO: _____	NUMERO TELEFONO DEL MÉDICO: _____
# DE IDENTIFICACIÓN: HS# _____	NUMERO DE FAX DEL MÉDICO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	DIAGNÓSTICO: _____

SOLICITUD PARA REVISIÓN ACELERADA [24 HORAS]
 AL MARCAR ESTA CASILLA, SU SOLICITUD SERÁ PROCESADA DENTRO DE 24 HORAS DE RECEPCIÓN.

Encierre en un **círculo** el nombre del medicamento o indique en "otro" si no lo encuentra. Marque **SÍ** o **NO** a las preguntas correspondientes.

ANTIMÉTICOS ORALES:			
CHLORPROMAZINE DRONABINOL	GRANISETRON ONDANSETRON	PROCHLORPERAZINE	¿El antiemético oral será el reemplazo completo de la administración intravenosa dentro de las 48 horas de tratamiento para el cáncer? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Otro: _____ (Por favor indique el nombre de otro medicamento)			
QUIMIOTERAPIA ORAL:			
ETOPOSIDE HYCAMTIN METHOTREXATE	MYLERAN RHEUMATREX SUTENT TEMODAR	TREXALL VEPESID ZORTRESS	¿El medicamento será utilizado para el tratamiento del cáncer? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Otro: _____ (Por favor indique el nombre de otro medicamento)			
VACUNAS PROFILÁCTICAS:			
COMVAX DIP/TET PED IMOVAX RABIE	RABAVERT INJ TENVAC TET/DIP TOX	TETANUS TOX	¿Se administra la vacuna para TRATAR una lesión o la exposición directa a una enfermedad o condición? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Otro: _____ (Por favor indique el nombre de otro medicamento)			¿Recibirá el paciente la vacuna en la farmacia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			¿Será administrada la vacuna en la oficina de un médico usando sus suministros? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
VACUNAS DE LA HEPATITIS B:			
ENGERIX-B	RECOMBIVA-HB		¿Es el paciente de alto riesgo o intermedio para la Hepatitis? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Otro: _____ (Por favor indique el nombre de otro medicamento)			
INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS:			
ATGAM CARIMUNE NF GAMASTAN	GAMMAGARD GAMMAPLEX GAMUNEX	GAMUNEX-C PRIVIGEN THYMOGLOBULIN	¿Es la enfermedad de inmunodeficiencia el diagnóstico primario? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Otro: _____ (Por favor indique el nombre de otro medicamento)			¿Será el medicamento administrando en el domicilio del paciente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL (ESRD):			
ARANESP DOXERCALCIFEROL	SALM/CALCITONIN 200MG/ML CALCITRIOL		¿El paciente tiene una enfermedad renal crónica en etapa V (ESRD)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Otro: _____ (Por favor indique el nombre de otro medicamento)			¿El paciente recibe diálisis? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
MEDICAMENTOS PARA INHALACIÓN:			
ACETYLCYSTEINE ALBUTEROL BUDESONIDE SOL CROMOLYN SOD IPRATROPIUM BROM	IPRATROP/ALBUTEROL LEVALBUTEROL NEBUPENT PULMICORT PULMOZYME	TOBI TOBRAMYCIN VENTAVIS VIRAZOLE	¿Se utiliza este medicamento en un nebulizador? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Otro: _____ (Por favor indique el nombre de otro medicamento)			¿Dónde se utilizará la droga? Casilla abajo <input type="checkbox"/> El hogar <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> SNF Especificar _____ <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos Especificar _____ SNF (siglas en inglés) conocido como Centro de enfermería especializada

NUTRICIÓN PARENTAL:				
AMINOSYN CLINIMIX CLINIMIX E CLINISOL SF DEXTROSE Otro: _____ (Por favor indique el nombre de otro medicamento)	FREAMINE HEPATASOL INTRALIPID LEVOCARNITINE LIOSYN II-III	NAGLAZYME PREMASOL PROCALAMINE PROSOL TROPHAMINE	¿Se proporciona la terapia debido a un mal funcionamiento del tracto digestivo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
MEDICAMENTOS INYECTABLES/INFUSIBLES:			MEDICAMENTOS DE INFUSIÓN:	
ABRAXANE ALDURAZYME ALIMTA AMBISOME AMPHOTERICIN ARRANON ARZERRA AVASTIN BELEODAQ BICNU BLEOMYCIN BUSULFLEX CANCIDAS CAPASTAT CARBOPLATIN CEREZYME CISPLATIN CYTARABINE CLOLAR COSMEGEN CUBICIN DOXORUBICIN DACARBAZINE DAUNORUBICIN DEPO-PROVERA DEXRAZOXANE DOCEFREZ DOCETAXEL DOXIL DOXORUBICIN ELAPRASE ELIGARD ELITEK Otro: _____ (Por favor indique el nombre de otro medicamento)	ELLENCE EPIRUBICIN ERBITUX ETOPOSIDE FABRAZYME FASLODEX FIRMAGON FLUDARABINE FLUOROURACIL FOLOTYN FOSCARNET FUSILEV GANCICLOVIR GEMCITABINE HALAVEN HERCEPTIN IDAMYCIN IDARUBICIN IFOSFAMIDE INTRON A IRINOTECAN ISTODAX IXEMPRA JEVTANA KEPIVANCE LEUPROLIDE LEUPROLIDE ACET LIDOCAINE MELPHALAN METRONIDAZOLE 5 MG/ML MITOMYCIN MITOXANTRON	MUSTARGEN NAGLAZYME NIPENT ONCASPAR OXALIPLATIN PACLITAXEL PENTOSTATIN PERJETA PROCAINAMIDE PROLASTIN PROLEUKIN RITUXAN SYNERCID TEFLARO TOPOSAR TOPOTECAN TORISEL TREANDA TRELSTAR TRISENOX TYGACIL TYSABRI UVADEX VECTIBIX VELCADE VINBLASTINE VINCASAR VINCRISTINE VINOURELBINE YERVOY ZALTRAP ZANOSAR	¿Dónde será infundido el medicamento? Casilla abajo <input type="checkbox"/> El hogar <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos Especificar _____ <input type="checkbox"/> SNF Especificar _____ SNF (siglas en inglés) conocido como Centro de enfermería especializada	
			¿Se administra la medicina usando una bomba de infusión o una bomba implantable? Si el medicamento es infundido usando otro método, por favor, indique _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			MEDICAMENTOS INYECTABLES:	
			¿Recibirá el paciente el medicamento en la farmacia?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			¿Será administrada el medicamento en la oficina de un médico usando sus suministros?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

REVISADO 11/30/2021

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). HealthSun Health Plans es una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción a HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.

HSHP_2022BVSD_SPA

La información contenida en esta transmisión puede contener información privilegiada y confidencial. Está destinado solo para el uso de las organizaciones mencionadas anteriormente. Si no es el destinatario, se le notifica que cualquier revisión, difusión, distribución o duplicación de esta comunicación está estrictamente prohibida. La información de atención médica es información personal y sensible relacionada con la atención médica de una persona. Se le envía por correo electrónico o por fax después de la autorización apropiada del paciente o en circunstancias que no requieren la autorización del paciente. Usted, el destinatario, está obligado a mantenerlo de manera segura y confidencial. Se prohíbe la divulgación sin el consentimiento adicional del paciente o según lo permita la ley. La re-divulgación no autorizada o la falta de mantenimiento de la confidencialidad podrían someterlo a las sanciones descritas en las leyes federales y estatales. Si no es el destinatario, comuníquese con el remitente enviando un correo electrónico o fax y destruya todas las copias del mensaje original