



**INFORMACIÓN DE HOSPICIO PARA PLANES DE MEDICARE PARTE D**

**SECCIÓN I- INFORMACIÓN DE HOSPICIO PARA ANULAR UN "RECHAZO A3" O PARA ACTUALIZAR EL ESTADO HOSPICIO**

**A. Propósito de la forma (Por favor marque la adecuada) :**  
 Admisión  Comunicación proactiva de Rx  Anular un rechazo A3  Terminación

Para: Plan de Medicare Parte D		De: Proveedor de cuidados de hospicio	
Nombre del Plan	HealthSun Health Plans	Nombre de Hospicio	
Nombre del PBM	IngenioRx	Dirección	
Teléfono	(877) 336-2069	Número de teléfono	( ) -
Fax	(844) 430-1705	Número de Fax	( ) -
		NPI	
Nombre de contacto	Part D Services Department	Nombre de contacto	

Enlace al sitio Web del patrocinador del plan: [www.HealthSun.com](http://www.HealthSun.com)

<b>B. Información del paciente</b>		<b>Información de prescriptor</b>	
Nombre del paciente		Nombre de prescriptor	
Fecha de nacimiento		NPI de prescriptor	
# ID de paciente (HICN)		Nombre de la practica	
Fecha de admisión a Hospicio		Dirección de la practica	
Fecha de alta de Hospicio		Nombre de contacto	
Código de diagnóstico principal		Número de teléfono	( ) -
Otro(s) Código de diagnóstico		Número de Fax	( ) -
Código de diagnóstico no relacionado (s)		Afiliado a Hospicio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**Para el cambio de estado de hospicio, se necesita documentación actualizada. Por favor seleccione que documento se adjunta.**  
 Notificación de elección  Notificación de Terminación /Revocación

**C. Información del Manejador del Beneficio de Farmacia de hospicio (PBM, por sus siglas en inglés)**

Nombre del PBM		BIN		ID del paciente	
# Teléfono	( ) -	PCN		Group ID	

**D. Proceso de autorización previa: Introduzca una línea separada para cada analgésico, antiemético, laxantes y medicamentos para la ansiedad. Medicamentos que no están relacionados al pronóstico terminal. Las drogas fuera de estas cuatro clases no requieren autorización previa**

Nombre del medicamento y potencia	Horario de dosificación	Cantidad/Mes	Fundamento de apoyo al medicamento que no está relacionado con el pronóstico terminal (Opcional)

**E. Firma del representante de hospicio o prescriptor (Requerida)**

Representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

Prescriptor\* \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\* Si el prescriptor del medicamento no está afiliado con el proveedor de cuidados de hospicio, el prescriptor ha confirmado con el proveedor de cuidados de hospicio que el medicamento no está relacionado con el pronóstico terminal? Si  No

**SECTION II – Plan de Cuidado  
(Opcional)**

**Nombre de Hospicio** \_\_\_\_\_ **NPI de Hospicio** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **ID# (HICN) del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medicamentos adicionales bajo el cuidado del Hospicio y designación de responsabilidad financiera					
Nombre de medicamento y potencia	Hospicio	Paciente	Nombre de 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"/>

**Firma del Representante de Hospicio**

Representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Signature of Beneficiary or Beneficiary Authorized Representative**

Beneficiario/Representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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).  
H5431\_HPA&POC\_C\_ENG Rev. 12/24/2020