



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE LA PARTE D DE MEDICARE

**Este formulario no puede ser utilizado para solicitar:**

- Medicamentos que no están cubiertos por Medicare, incluyendo barbituratos, benzodiazepinas, medicamentos para la fertilidad, medicamentos recetados para bajar de peso, subir de peso o para el crecimiento del cabello, medicamentos de venta sin receta, o vitaminas recetadas (excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro).
- Medicamentos biotecnológicos u otros especiales para los que se requieren formularios para el medicamento en específico.

Si desea obtener una lista completa de los medicamentos del formulario, visite [www.SilverScript.com](http://www.SilverScript.com).

### SECCIÓN I: INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIARIO

|   |  |
|---|--|
| APELLIDO, NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA)     | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)           |
| DIRECCIÓN                                   | NÚMERO DE TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA)        |
| CIUDAD, ESTADO                              | CÓDIGO POSTAL                              |
| SEXO (marque con un círculo)<br>M    o    F | NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL TARJETAHABIENTE |

### SECCIÓN II: INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE RECETA EL MEDICAMENTO

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| APELLIDO, NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA) | NÚMERO DE TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA) |
| DIRECCIÓN                               | NÚMERO DE FAX (CÓDIGO DE ÁREA)      |
| CIUDAD, ESTADO                          | NPI # (si está disponible)          |
| CÓDIGO POSTAL                           | PERSONA DE CONTACTO                 |

### SECCIÓN III: DIAGNÓSTICO e INFORMACIÓN MÉDICA

|                                      |                                     |                   |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| NOMBRE DEL MEDICAMENTO               | POTENCIA DEL MEDICAMENTO            | FRECUENCIA DE USO |
| FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO      | DURACIÓN ANTICIPADA DEL TRATAMIENTO | CANTIDAD          |
| ALTURA/PESO                          | ALERGIAS A MEDICAMENTOS             | DIAGNÓSTICO       |
| FIRMA DE QUIEN RECETA EL MEDICAMENTO |                                     | FECHA             |

**Formulario para Someter Razones por la Solicitud para Excepción a la Previa Autorización**

- Medicamento o medicamentos alternativos contraindicados o usados previamente pero con resultados adversos (por ejemplo, intoxicación, alergia, sin resultado terapéutico)  
▶ **\*Especificar a continuación:** (1) Medicamento o medicamentos contraindicados o probados; (2) resultados adversos de cada uno; (3) si no hubo resultado terapéutico, la duración del tratamiento con cada medicamento
- Paciente complejo con una o más enfermedades crónicas (por ejemplo, enfermedad psiquiátrica, diabetes) en estado estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con un cambio de medicamento.  
▶ **\* Especificar a continuación:** Resultados clínicos adversos significativos anticipados
- Necesidad médica de una dosis diferente o más elevada  
▶ **\* Especificar a continuación:** (1) Forma de la dosis o dosis probadas; (2) explique razones médicas
- Solicitud de excepción de nivel de formulario  
▶ **\* Especificar a continuación:** (1) Medicamentos de formulario o medicamentos preferidos contraindicados o que fueron probados sin resultado; o que se han probado pero no fueron tan eficaces como el medicamento solicitado; (2) si no hubo resultado terapéutico, duración del tratamiento o terapia con cada medicamento y el resultado adverso; (3) si no fue eficaz , la duración del tratamiento con cada medicamento y su resultado
- Otras: \_\_\_\_\_  
▶ **\*Indique a continuación**

**\*EXPLICACIONES OBLIGORIAS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*ESTE FORMULARIO NO SE PROCESARÁ SIN LAS EXPLICACIONES OBLIGATORIAS SOLICITADAS ANTERIORMENTE.**

**Solicitud para Revisión Rápida**

- Solicitud de revisión rápida  
▶ **Al marcar este casillero y firmar a su lado, certifico que si se aplica el período de tiempo habitual de revisión de 72 horas se puede poner en peligro la vida y la salud del beneficiario o la capacidad de éste de recuperar sus funciones plenas.**

Llene TODO el formulario y envíelo a la siguiente dirección o número de fax:

SilverScript  
Appeals Department (Departamento de Apelaciones) – MC109  
P.O. Box 52000  
Phoenix, AZ, 85072-2000.  
Número de fax: (866) 884-9475

*La información contenida en este formulario es información protegida y está sujeta a todas las normas de privacidad y seguridad conforme a HIPPA*