

**SE DEBEN COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS E INCLUIR LAS HISTORIAS CLÍNICAS  
CON EL PRESENTE FORMULARIO PARA PROCESAR LA SOLICITUD.**

Una vez completado, envíe el formulario por fax a uno de los siguientes números:

FAX PARA PACIENTES AMBULATORIOS: 303-602-2128

FAX PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS: 303-602-2127

**PRIORIDAD DE LA SOLICITUD (elegir una opción):**

Estándar

Retrospectiva

Paciente hospitalizado

Plazo de respuesta estándar para los medicamentos de la Parte B de Medicare: 72 horas

Plazo de respuesta acelerado para los medicamentos de la Parte B de Medicare: 24 horas

**FAX PARA SOLICITUDES URGENTES/ACELERADAS: 303-602-2160**

**MARCAR UNA DE LAS OPCIONES A CONTINUACIÓN PARA CERTIFICAR QUE LA CONDICIÓN DEL MIEMBRO CUMPLE  
CON UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS:**

*Nota: Las solicitudes urgentes/aceleradas pueden reducirse a estándares si no cumplen al menos uno de los criterios mencionados a continuación.*

Pone gravemente en peligro la vida o la salud del miembro.

Pone gravemente en peligro la capacidad del inscrito para alcanzar, mantener o recuperar la máxima función.

La condición somete a la persona a un dolor que no se puede controlar.

**¿Es esta solicitud de autorización previa para un medicamento de la Parte B, un inyectable médico, una infusión o un código J del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes en Atención Médica (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS)?**  Sí  No

**INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:**

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AA)

N.º de id. del miembro

Médico de atención primaria del miembro

Sexo del miembro:  Masculino

Femenino

¿Es para una necesidad de alta hospitalaria?  Sí  No

**PEDIDO/SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR:**

Nombre del proveedor

Contacto en el consultorio del proveedor

Centro que realiza la solicitud

N.º de identificador de proveedor nacional  
(National Provider Identifier, NPI) del proveedor

N.º de teléfono del proveedor

N.º de fax del proveedor

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR O CENTRO DONDE SE PRESTARÁ EL SERVICIO:**

Nombre del proveedor

Tipo de proveedor/especialidad

Nombre del centro

N.º de identificador de proveedor nacional  
(National Provider Identifier, NPI) del proveedor

N.º de teléfono del proveedor

N.º de fax del proveedor

N.º de identificación tributaria  
(Taxpayer Identification Number, TIN)

Servicios solicitados:  Servicio para pacientes hospitalizados

Servicio para pacientes ambulatorios

Contacto del proveedor que presta el servicio

**Códigos CIE 10:**

--	--	--	--	--	--

Se deben completar todos los campos de la columna. NO DEJAR EN BLANCO.

<b>Descripción del servicio solicitado</b>	<b>Código de Terminología de Procedimientos Actual (Current Procedural Terminology, CPT)/Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes en Atención Médica (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS)</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de finalización</b>	<b>Unidades</b>