

**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 inscripto 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 **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 _____

Número de identificación de contribuyente (Taxpayer Identification Number, TIN) del proveedor _____ Contacto con el proveedor de servicios _____ N.º de NPI del centro _____

Servicios solicitados: Servicio para pacientes hospitalizados Servicio para pacientes ambulatorios

Códigos CIE 10

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

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

Descripción del servicio solicitado	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)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Unidades