

**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

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

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

**PARA SOLICITUDES URGENTES/ACELERADAS, 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/AAAA)

N.º de id. del miembro

Médico de atención primaria del miembro

Sexo asignado al miembro al nacer: 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 SOBRE EL CENTRO/PROVEEDOR DE SERVICIOS:

Clínica de especialidad

Nombre del centro

N.º de NPI del proveedor

N.º de teléfono del proveedor

N.º de fax del proveedor

N.º de id. tributaria del proveedor

Servicios solicitados: Servicio para pacientes hospitalizados

Servicio para pacientes ambulatorios

Equipo médico durable (durable medical equipment, DME):

Alquiler

Compra

Fecha de comienzo de la atención domiciliaria (MM/DD/AAAA)

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)/ HCPCS	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Unidades

******* SOLO PARA MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS MÉDICAMENTE *******

Diagnóstico del paciente y códigos de diagnóstico CIE:

Medicamentos solicitados (con código J, si corresponde):

Dosis/vía/frecuencia:

Unidad/volumen de medicamentos con nombre:

Nuevo comienzo:

Solicitud de renovación

Fecha de inicio y duración de la terapia:

Lugar del tratamiento: (p. ej., consultorio del proveedor, centro, atención domiciliaria, etc.), incluido el nombre, el NPI tipo 2 (si corresponde), el domicilio y la id. tributaria:

Criterios clínicos para la aprobación, incluida otra información pertinente para respaldar la solicitud:

Medicaciones probadas, nombres, duración y respuesta del paciente: