

SE DEBEN COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS E INCLUIR LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

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 URGENTE: 303-602-2160

PRIORIDAD DE LA SOLICITUD (elegir una opción): Estándar Retrospectiva Urgente

PARA SOLICITUDES URGENTES, 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 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.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA)

Núm. 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

Núm. de identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI) del proveedor Núm. de teléfono del proveedor Núm. de fax del proveedor

Continuar a la página siguiente>>

Diagnóstico del paciente y códigos de diagnóstico CIE:

Medicamentos solicitados (con código J, si corresponde):

Dosis/vía/frecuencia del medicamento:

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: