

OptumRx se ha asociado con CoverMyMeds para recibir solicitudes de autorización previa, lo que le ahorra tiempo y, a menudo, le proporciona determinaciones en tiempo real. Visite go.covermymeds.com/OptumRx para comenzar a usar este servicio gratuito. Tenga en cuenta: Toda la información a continuación es necesaria para procesar esta solicitud. De lunes a viernes: de 5 a.m. a 10 p.m., hora del Pacífico; sábados: de 6 a.m. a 3 p.m., hora del Pacífico

Formulario de Solicitud de Preautorización (Página 1 de 2)

NO COPIAR PARA USO FUTURO. LOS FORMULARIOS SE ACTUALIZAN FRECUENTEMENTE Y PUEDEN LLEVAR CÓDIGO DE BARRAS.

| Información del Miembro (obligatoria) | | | Información del Proveedor (obligatoria) | | |
|---|---------|----------------|---|---------------|----------------|
| Nombre del miembro: | | | Nombre del proveedor: | | |
| N.º de ID del seguro: | | | N.º de NPI: | Especialidad: | |
| Fecha de nacimiento: | | | Teléfono del consultorio: | | |
| Dirección: | | | Fax del consultorio: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | Dirección del consultorio: | | |
| Teléfono: | | | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Información del Medicamento (obligatoria) | | | | | |
| Nombre del medicamento/forma de dosificación/concentración: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Compruebe si la marca solicitada | | | Instrucciones de uso: | | |
| <input type="checkbox"/> Compruebe si la solicitud es para continuar el tratamiento | | | | | |
| Información Clínica (obligatoria) | | | | | |
| ¿Cuál es el diagnóstico del paciente para el medicamento que se solicita? _____ | | | | | |
| Códigos de CIE-10: _____ | | | | | |
| ¿Qué medicamentos ha probado el paciente y con cuál ha tenido una respuesta inadecuada? (Especifique TODOS los medicamentos)/concentraciones que haya probado, duración del período de prueba y motivo de la interrupción de cada medicamento) | | | | | |
| ¿A qué medicamentos tiene el paciente una contraindicación o intolerancia? (Especifique TODOS los medicamentos con la contraindicación asociada o los problemas específicos que provoquen intolerancia a cada medicamento) | | | | | |
| ¿Hay análisis de laboratorio o resultados de análisis de respaldo? (Especifique) | | | | | |

Solicitudes de límite de cantidad:

¿Cuál es la cantidad solicitada por cada DÍA? ____

¿Cuál es el motivo por el que se excedieron las limitaciones del plan?

- ☐ Fines de ajuste o de carga de dosis
- ☐ El paciente está siguiendo un horario de dosis alternas (por ejemplo, una tableta por la mañana y dos tabletas por la noche, de una a dos tabletas a la hora de acostarse)
- ☐ La concentración/dosis solicitada no está disponible comercialmente
- ☐ Hay una justificación médicamente necesaria por la que el paciente no puede usar una mayor concentración disponible comercialmente para lograr la misma dosificación y seguir con la misma frecuencia de dosificación. **Especifique:** _____
- ☐ El paciente requiere una mayor cantidad para el tratamiento de una superficie mayor **[Topical applications only]**
- ☐ Otro: _____

Nota: Si el paciente excede la dosificación máxima aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de 4 gramos de acetaminophen por cada día porque necesita una cantidad adicional del medicamento debido a motivos como irse de vacaciones, reemplazar un medicamento robado, el proveedor le cambió a otro medicamento que tiene acetaminophen o el proveedor cambió la dosificación del medicamento y, como resultado, acetaminophen excedió los 4 gramos por cada día, **pidale a la farmacia del paciente que se comuniquen con el Servicio de Ayuda para Farmacias al (800) 788-7871 en el momento en que surta la receta para obtener una anulación del límite por única vez.**



Formulario de Solicitud de Preautorización (Página 2 de 2)

NO COPIAR PARA USO FUTURO. LOS FORMULARIOS SE ACTUALIZAN FRECUENTEMENTE Y PUEDEN LLEVAR CÓDIGO DE BARRAS.

¿Hay algún otro comentario, diagnóstico, síntoma, medicamento que se haya probado o no haya surtido efecto, o alguna otra información que el médico considere importante para esta revisión?

Tenga en cuenta: Es posible que se deniegue esta solicitud a menos que se reciba toda la información necesaria.
Si el paciente no puede cumplir los requisitos de preautorización estándar anteriores, llame al 1-800-711-4555
Si tiene solicitudes urgentes o rápidas, llame al 1-800-711-4555
Este formulario se puede usar para solicitudes no urgentes y se puede enviar por fax al 1-844-403-1028
