



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)					

Este documento y otros, si se adjuntan, contienen información privilegiada, confidencial o que podría contener información médica protegida (PHI). El proveedor mencionado anteriormente está obligado a proteger la PHI por ley. La información de este documento es para uso exclusivo de OptumRx. Se ha obtenido el consentimiento correspondiente para la divulgación de PHI entre estas partes. Si recibió este documento por error, tenga en cuenta que compartir, copiar, distribuir o utilizar la información contenida en este documento es ilegal. Si usted no es el destinatario, notifique al remitente de inmediato.

Solo para uso de oficina: General CMS-Comm 2022Mar - Y0135 PARTDPAF CY0135 PARTDPAF SP

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 médica 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, pídale a la farmacia del paciente que se comunique 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