



Optum Rx se ha asociado con CoverMyMeds para recibir solicitudes de preautorización, lo que permite que usted ahorre tiempo y a menudo reciba determinaciones en tiempo real.

Visite go.covermymeds.com/OptumRx para comenzar a usar este servicio gratuito. Tenga en cuenta: Toda la información que se incluye 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

NO HAGA UNA COPIA PARA USO FUTURO. LOS FORMULARIOS SE ACTUALIZAN CON FRECUENCIA 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 sobre Medicamentos (obligatoria)					
Nombre del medicamento/dosificación/concentración:					
<input type="checkbox"/> Marque si solicita uno de marca			Instrucciones de uso:		
Información Clínica (obligatoria)					
El programa de beneficios de farmacia de su paciente es administrado por UnitedHealthcare, que usa Optum Rx para ciertos servicios de beneficios de farmacia. El plan de beneficios de su paciente requiere que revisemos ciertas solicitudes de cobertura con el médico que receta. Esto incluye solicitudes de cobertura de beneficios más allá de las especificaciones del plan. Responda las siguientes preguntas y luego envíe este formulario por fax al número gratuito que se indica a continuación. Una vez recibido el formulario llenado, la cobertura de beneficios de medicamentos con receta se determinará según las reglas del plan de beneficios.					
Continuación del tratamiento*#:					
¿Está solicitando la continuación del tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Se presentarán registros médicos que documenten alguno de los siguientes datos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿El miembro ha estado tomando el medicamento solicitado en los últimos 180 días o actualmente está estabilizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿El medicamento solicitado ha sido seguro y eficaz para tratar la enfermedad del miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿El miembro ha probado otro medicamento con receta de la misma clase farmacológica o del mismo mecanismo de acción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Se interrumpieron los medicamentos anteriores debido a falta de eficacia o efectividad, efecto reducido o un evento adverso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Cuál es el diagnóstico del miembro para el medicamento que se solicita?*					
Diagnóstico: _____			Códigos de CIE-10: _____		
Indique los medicamentos que no le han surtido efecto al miembro o a los cuales tenga una contraindicación o intolerancia*:					
Medicamento: _____	Fecha de prueba: _____	Duración de la prueba: _____	Medicamento: _____	Fecha de prueba: _____	Duración de la prueba: _____
Medicamento: _____	Fecha de prueba: _____	Duración de la prueba: _____	Medicamento: _____	Fecha de prueba: _____	Duración de la prueba: _____
Medicamento: _____	Fecha de prueba: _____	Duración de la prueba: _____	Medicamento: _____	Fecha de prueba: _____	Duración de la prueba: _____
Medicamento: _____	Fecha de prueba: _____	Duración de la prueba: _____	Medicamento: _____	Fecha de prueba: _____	Duración de la prueba: _____
Corroboración del profesional que receta:					
¿El profesional que receta autentifica que la información proporcionada es verdadera y exacta a su leal saber y entender, y entiende que UnitedHealthcare puede realizar una auditoría de rutina y solicitar la información médica necesaria para verificar la exactitud de la información proporcionada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Firma del profesional que receta: _____			Fecha: _____		

* Es posible que no se aplique a todos los planes

* Tenga en cuenta: Junto con este formulario de fax, se debe presentar la historia clínica que documente lo indicado anteriormente

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

Tenga en cuenta: **Esta solicitud puede ser denegada a menos que toda la información necesaria se reciba dentro de los plazos establecidos.** Para solicitudes urgentes o rápidas, llame al 1-800-711-4555. Este formulario se puede usar para solicitudes no urgentes y enviar por fax al 1-844-403-1027.

Este documento y otros, si se adjuntan, contienen información privilegiada, confidencial o que puede contener información de salud protegida (protected health information, PHI). El proveedor mencionado anteriormente está obligado por la ley vigente a proteger la información de salud personal. La información de este documento es para el uso exclusivo de Optum Rx. Se ha obtenido el consentimiento correspondiente para divulgar información de salud personal entre estas partes. Si recibió este documento por error, tenga en cuenta que la ley prohíbe compartir, copiar, distribuir o usar la información de este documento. **Si usted no es el destinatario previsto, notifique inmediatamente al emisor.**

Exclusivamente para uso interno: General_UHCEI_2022Mar