

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Solicitud de revisión clínica para miembros del Aspire Health Plan



10 Ragsdale Dr., Ste. 101, Monterey, CA 93940
(831) 657-0700 Teléfono

Toda la documentación y los fundamentos clínicos de respaldo DEBEN presentarse para su revisión oportuna. Las solicitudes se pueden enviar por fax o, para obtener actualizaciones en tiempo real, utilice el Portal de proveedores en <https://id.ayin.com>

| SOLICITUD DE INFORMACIÓN | | |
|---|-----------------------------------|---|
| Fecha de la solicitud: | Tipo de solicitud: | Revisión <u>previa</u> al servicio Revisión <u>posterior</u> al servicio |
| Justificación para la revisión urgente/expedita (solo se aplica cuando el plazo estándar puede poner en grave peligro la VIDA, la SALUD o la CAPACIDAD del miembro PARA RECUPERAR LA MÁXIMA FUNCIÓN. <u>La programación de procedimientos NO es una razón válida para expeditar la solicitud.</u> Las solicitudes expeditas no se procesarán como tales a menos que se proporcione la justificación adecuada): | | |
| Nombre del solicitante: | Núm. de teléfono del solicitante: | Núm. de fax para notificación de determinación: |

| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | |
|--------------------------|--------------------------------|
| Nombre del paciente: | Fecha de nacimiento: |
| Núm. de ID del miembro: | Núm. de teléfono del miembro: |
| Dirección de calle: | Ciudad, Código postal, Estado: |

| INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR | | |
|---|---|--|
| Proveedor que solicita/Nombre del médico que receta: | Proveedor que solicita/NPI del médico que receta: | Proveedor que solicita/Núm. de teléfono del médico que receta: |
| Proveedor que administra/Nombre de la clínica: | Proveedor que administra/NPI de la clínica: | |
| Estatus del proveedor: Dentro de la red Fuera de la red Fuera del área (fuera del condado de Monterey) Para fuera de la red/fuera del área , indique el motivo por el cual el proveedor local o dentro de la red no puede brindar atención o administrar el medicamento: | | |

| SERVICIO / PROCEDIMIENTO / INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO | |
|--|------------------------------|
| Diagnóstico / Código(s) ICD-10: | Descripción del diagnóstico: |
| Códigos de procedimiento (PCPCS/CPT/J Códigos – incluir <u>cantidad</u> por ej. A4604 x 3): | |
| Para solicitudes de medicamentos administrados por médicos, DEBE completarse la información adicional a continuación para su procesamiento oportuno | |

INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA**Información adicional para la Solicitud de medicamentos administrados por un médico**

Sitio del servicio: Oficina del proveedor Clínica de especialidades Hospital para pacientes ambulatorios
 Centro quirúrgico Infusión en casa Agencia de salud en el hogar Proveedor DME Otro:

| | | |
|---|-------------------------|---|
| Nueva terapia farmacológica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No; continuación de la solicitud de terapia | | Nombre del medicamento: |
| Fecha de la terapia inicial: | | |
| Dosis: | Vía de administración: | NDC del medicamento: |
| Frecuencia: | Duración de la terapia: | Altura: Peso: kg lbs |

Alergias a medicamentos del paciente:

Proporcione la justificación clínica para la solicitud de anulación o excepción. Enumere los nombres y las dosis de los medicamentos anteriores probados y fallidos. Proporcione todos los criterios clínicos relevantes y la documentación de apoyo con este formulario completo.

| Medicamento / Código(s) HCPCS | Dosis | Visitas / Frecuencia | Duración del tratamiento |
|-------------------------------|-------|----------------------|--------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |