## Formulario de solicitud de autorización de prótesis, ortopedia y equipos médicos duraderos (DME) de Medicare Advantage



## **IMPORTANTE**

- 1. Las reclamaciones presentadas para estos beneficios están sujetas a cualquier deducción, coseguro, disposición o máximo de por vida aplicable, según lo especificado en el contrato del miembro. Si corresponde, los beneficios emitidos para los servicios solicitados se restarán del máximo de beneficios de por vida del miembro. La aprobación de los beneficios está sujeta a las siguientes condiciones: a) el número de identificación de miembro es efectivo en el momento en que se prestan los servicios, b) los beneficios solicitados están disponibles en virtud del contrato del miembro, c) los beneficios de por vida no se agotan.
- 2. Comuníquese con el área de servicio del proveedor correspondiente para verificar los beneficios y la elegibilidad del miembro para los servicios solicitados.
- 3. El pago de la reclamación por servicios aprobados no indica el pago de servicios futuros. Todas las reclamaciones futuras se evaluarán de acuerdo con las condiciones de aprobación de los beneficios mencionadas anteriormente y el proceso de revisión de administración de la utilización de CareFirst Medicare Advantage.
- 4. Si tiene alguna pregunta con respecto al alcance de esta autorización, llame al 800-334-3427, ext. 6425. Las llamadas se devolverán en el transcurso de un día hábil.

Envíe por fax el formulario completo al 443-753-2341.

Proveedores participantes: para iniciar una solicitud y verificar el estado de su solicitud, visite CareFirst Direct en carefirst.com.

1 Tovecaores participantes, para iniciar ai	ia solicitaa y veriii	icai ci estado de sa solici	tuu, t	risite carefust birect en <b>care</b>	11 36.60111.	
INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOI	R QUE PROPORC	CIONA SERVICIOS DE D	ME			
Fecha de la solicitud	Fecha de servicio		Proveedor/compañía			
N.° de identificación del proveedor	N.° de fax del proveedor		N.º de teléfono del proveedor			
Dirección del proveedor			Nombre de contacto de la agencia			
INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOI	R QUE REALIZA L	A REFERENCIA A DME				
Fecha de la solicitud	Fecha de servicio		Proveedor/compañía			
N.° de identificación del proveedor	N.° de fax del proveedor		N.º de teléfono del proveedor			
Dirección del proveedor			Nombre de contacto de la agencia			
INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/PACIEN	NTE					
Nombre del miembro	ldentificación del miembro		Fecha de nacimiento del miembro			
Artículos/equipos solicitados		Alquiler/compra ("A" o "C")		Códigos de Unidades por HCPC mes		
Códigos de diagnóstico (ICD-10)		N.	º de autorización previa			
ÚNICAMENTE PARA USO ADMINISTRA	ATIVO INTERNO					
N.º de autorización de artículos de compra				Válido del al		
N.º de autorización de artículos de alquiler				Válido del al		

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, Inc., licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.