

# Revisión previa al servicio de Medicare Advantage

## Formulario de solicitud de autorización



### INSTRUCCIONES

Complete todos los campos y adjunte la documentación clínica para respaldar la necesidad médica de los servicios solicitados. Brindar información incompleta puede retrasar el procesamiento de su solicitud. Espere de tres a cinco días hábiles para que su autorización sea revisada. Para rehabilitación ambulatoria, utilice el formulario del programa de autorización previa al tratamiento de paciente ambulatorio de Medicare Advantage.

Proveedores participantes: Para verificar el estado de la autorización, visite CareFirst Direct en [carefirst.com](http://carefirst.com).

**Solo para servicios que requieren revisión médica o de enfermería elevada previa.**

### Envíe este formulario por fax al número de revisión previa al servicio correspondiente

Servicios para pacientes internados	443-753-2341
Servicios para pacientes ambulatorios	443-753-2342
Salud Conductual	443-753-2347

### INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE OFRECE EL SERVICIO

Nombre del proveedor		Fecha (mm/dd/aa)
Número de teléfono	Número de fax	Identificación del proveedor/Identificación fiscal*
Nombre del contacto del consultorio	Dirección de Correo Electrónico	Número de teléfono (incluida la extensión)
Si los servicios van a ser proporcionados por otro proveedor o vendedor, indique el nombre completo, la dirección y el número de teléfono a continuación. Si solicita servicios fuera de la red para un afiliado de CareFirst Medicare Advantage, envíe una carta de necesidad médica explicando por qué no se pueden proporcionar los servicios dentro de la red.		
Nombre del proveedor		Número de teléfono
Dirección del proveedor		

### INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE HACE LA DERIVACIÓN

Nombre del proveedor		Fecha (mm/dd/aa)
Número de teléfono	Número de fax	Identificación del proveedor/Identificación fiscal*
Nombre del contacto del consultorio	Dirección de Correo Electrónico	Número de teléfono (incluida la extensión)
Si los servicios van a ser proporcionados por otro proveedor o vendedor, indique el nombre completo, la dirección y el número de teléfono a continuación. Si solicita servicios fuera de la red para un afiliado de CareFirst Medicare Advantage, envíe una carta de necesidad médica explicando por qué no se pueden proporcionar los servicios dentro de la red.		
Nombre del proveedor		Número de teléfono
Dirección del proveedor		

### INFORMACIÓN DEL AFILIADO/PACIENTE

Nombre del afiliado	Número de afiliado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)
---------------------	--------------------	--------------------------------

**INFORMACION DEL TRATAMIENTO**

Fecha(s) de servicio o fecha de admisión. Si el servicio implica varias visitas durante un período de tiempo, especifique el número de visitas y el intervalo de fechas solicitado.

Fechas de servicio/admisión

Número de visitas

Lugar de servicio (marque uno)

Pacientes internados

Hospital para pacientes ambulatorios

Consultorio

Diagnóstico y código(s) de diagnóstico (ICD-10)

Procedimiento y códigos de procedimiento (CPT-4 o HCPCS)

Si los servicios son parte de un ensayo clínico, envíe una carta de necesidad médica firmada por el médico tratante, el protocolo del ensayo que identifica la fase del ensayo, el número de IRB y el organismo de aprobación.

Nombre completo del hospital/centro (incluya la dirección completa y el número de teléfono a continuación si se encuentra fuera del estado o en un centro no participante)

Dirección completa y número de teléfono del hospital/centro (si está fuera del estado o no es participante)

\*Número de identificación fiscal si no es participante