

## SOLICITUD PARA PRE-AUTORIZACIONES

|                                |           |  |
|--------------------------------|-----------|--|
| NOMBRE DE LA FARMACIA:         | NCDP:     | NPI:   |
| TELÉFONO:                      | FAX:      | FECHA:   |
| ID ASEGURADO:                  | CUBIERTA: | ASEGURADORA (TRIPLE S, MAPFRE, CH, MMM, ASES): |
| NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO: |           | MEDICAMENTO (NOMBRE, POTENCIA):                |

**RAZÓN PARA PRE-AUTORIZACIÓN:** Seleccione la alternativa que aplique y recuerde acompañar esta solicitud con la **COPIA DE LA RECETA** y justificación médica (si aplica).

Excede Cantidad (Costo)    Cambio en Dosis    DUR\*    Requiere P/A    Viaje (enviar evidencia)    Quantity Limit (QL)

Otros (explique): \_\_\_\_\_

**\*En caso de DUR, consulte con el Médico y someta la siguiente documentación:**

Diagnóstico y/o ICD-10 Code: \_\_\_\_\_

Justificación de dosis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos de requieren peso y estatura (quimio, antihemofílicos, suspensiones, orlistat, etc.):

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

Firma del Licenciado que habló con el Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

➔ **POR FAVOR**, envíe la receta con la Solicitud de Pre-Autorización completada en **TODAS** sus partes y de forma legible al número de fax correspondiente, de manera se pueda agilizar proceso de pre-autorización.

### ↓ PARA USO EXCLUSIVO DE MC-21 CORPORATION ↓

APROBADO

P/A#: \_\_\_\_\_ ESTE NÚMERO ES PARA USO INTERNO DE MC-21

DENEGADO

RAZÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma Personal Autorizado MC-21: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_