

Formulario de previa autorización para medicamentos recetados por el médico



Este formulario debe ser llenado por el médico que prescribe y por el respectivo personal.

- La lista de medicamentos que requieren previa autorización, disponible en: www.providence.org/healthplans/pharmacy.
- El médico debe enviar por FAX el presente formulario, debidamente llenado, al número que aparece al pie de pág.

NOMBRE DEL PACIENTE:	No. de IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO:
NOMBRE DEL MÉDICO:	No. de TEL. DEL MÉDICO:
CONTACTO EN EL CONSULTORIO y No. de TEL.:	No. de FAX:
Si desea que avisemos a la farmacia en caso de aprobar esta Previa autorización, se requieren los dos sig. datos:	
NOMBRE DE LA FARMACIA:	No. de FAX DE LA FARMACIA:
A fin de procesar la petición de Previa autorización, se requiere de documentación de apoyo, como sigue:	
DIAGNÓSTICO:	CÓDIGO ICD-9 (OBLIGATORIO):
NOMBRE DEL FÁRMACO:	

Anote aquí otra(s) medicina(s)* del Formulario de medicamentos que probó el miembro y que le fallaron:

*Véase el formulario en: www.providence.org/healthplans/pharmacy, o bien, llame para obtener una copia.

Anote aquí, o adjunte a esta hoja, las razones médicas por las cuales no resulta aceptable una alternativa que sea parte del formulario de medicamentos:

¿Qué tanto se anticipa que dure la terapia solicitada? _____

FIRMA DEL MÉDICO:	FECHA:
-------------------	--------

**SE OBSERVA ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD DE TODA INFORMACIÓN MÉDICA
ASÍ COMO DE CADA PETICIÓN.**

- Se le llamará por teléfono o se pondrán en contacto con usted por fax en caso de necesitarse más información.
- Se avisará por fax al consultorio del médico si se aprobó o no la petición.
- Se avisará por escrito al paciente en caso de no aprobarse esta petición.

Unidad PHP de farmacias PHP Pharmacy Unit 3601 SW Murray Blvd. Suite 10-C Beaverton, OR 97005	Envíese por fax al: 503-574-8646 o bien, 1-800-249-7714	Preguntas, llame al: 503-574-7400 o bien, 1-877-216-3644
--	---	--