

SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE SERVICIOS DE LA COBERTURA DE MEDICARE

Este formulario puede ser enviado a nosotros por correo o por fax:

Dirección:
4800 Deerwood Campus Parkway
Building 900 5th Floor
Jacksonville, FL 32246

Número de fax:
904-301-1614

También nos puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono llamando al 1-800-955-5692 opción 1, 4 & 6. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773.

Quién Puede Hacer una Solicitud: Su médico que prescribe puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) haga la solicitud por usted, esa persona debe ser su representante autorizado. Comuníquese con servicio para miembros para obtener más información sobre cómo nombrar un representante autorizado.

Información del Afiliado:

Nombre del Afiliado: Apellido Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.		Nombre Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	Fecha de nacimiento: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.
Dirección del Afiliado: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.			
Ciudad: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	Estado: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	Código ZIP: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	
Teléfono: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.		Número de Miembro del Afiliado: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	

Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona haciendo esta solicitud no es el afiliado o el médico que prescribe:

Nombre del Solicitante: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.		
Relación del Solicitante con el Afiliado: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.		
Dirección: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.		
Ciudad: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	Estado: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	Código ZIP: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

Teléfono:
Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

Documentación de representación para solicitudes hechas por alguien que no sea el afiliado o el médico que prescribe:

Adjunte documentación que muestre su autoridad para representar al afiliado (un [formulario de Autorización de Representación](#) CMS-1696 completado o una documentación escrita equivalente). Para más información acerca de nombrar un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Descripción de los Problemas Médicos	En el espacio a continuación, favor describa los servicios solicitados
Diagnóstico: (relacionado a la autorización) Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.
Médico(s) a Cargo de la Atención: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	
Número de Teléfono del Consultorio Médico: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	
Fecha de la Visita Más Reciente al Consultorio: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	
Medicamentos/Procedimientos para los cuales solicita autorización: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	
Médico de Atención Primaria que Refiere, si aplica (puede ser requerido para HMO): Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	

***NOTA:** Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o a cualquier otro requisito de manejo de la utilización), pueden requerir información de apoyo (por ejemplo, una orden del médico).

Pueden encontrar los servicios que requieren una Autorización Previa pueden en su Constancia de Cobertura en floridablue.com/medicare.

Firma de la persona que solicita la determinación de cobertura (el afiliado, o el médico que prescribe o representante del afiliado):

Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.
 Fecha: Haga clic o toque aquí para ingresar la fecha.