

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

SE REQUIERE PREAUTORIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE UN PROVEEDOR NO PARTICIPANTE. Pago solo de los servicios médicos que se indican a continuación, y está sujeto a las limitaciones y exclusiones según se detalla en la Guía para Miembros/Certificado de Cobertura

DATOS DEL MIEMBRO

Nombre del Miembro _____ Fecha de Nacimiento _____ ID del Miembro _____

Centro de Enfermería _____

Proveedor que emite la Orden _____ Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Diagnóstico principal (Número de Código ICD-10 y Descripción) _____

Nombre del Centro Solicitante: _____

Dirección del Centro Solicitante: _____

Número de Teléfono del Centro Solicitante: _____ Número de Fax del Centro Solicitante: _____

Número NPI del Centro Solicitante: _____

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

SERVICIOS SOLICITADOS (incluya copia de pedido o nota clínica para solicitudes fuera de la red)

Centro de Enfermería Especializada Parte A
 Equipo Médico Duradero
 Paciente Hospitalizado
 Continuación/Días Adicionales

Visita a Especialista
 Tipo de Especialista: _____ Nombre: _____ Teléfono del Consultorio: _____

Examen o procedimiento de diagnóstico (Tipo de Lista, código CPT con descripción) _____

Indique Nombre del Proveedor Solicitante: _____

Dirección del Proveedor Solicitante: _____

Fecha de Inicio/Fecha de Finalización: _____ Servicio: _____

Número NPI del Proveedor Solicitante: _____

SOLICITUD DE TERAPIA

SOLICITUD DE SERVICIOS DE TERAPIA (adjunte plan de cuidado, evaluación inicial y las notas de terapia más recientes para la Parte B)

Solicitud de Fisioterapia
 Terapia Ocupacional
 Terapia del Habla
 Otra _____

Plan de Tratamiento de la Terapia
 Días de Terapia Adicionales
 En Progreso

Fecha de inicio de los Servicios: _____ Fecha de Evaluación Inicial: _____ Fecha del Último Examen: _____

Número de Días de Fisioterapia Solicitados: _____ Cantidad de veces por semana Por _____ semanas

Número de Días de Terapia Ocupacional Solicitados: _____ Cantidad de veces por semana Por _____ semanas

Número de Días de Terapia del Habla Solicitados: _____ Cantidad de veces por semana Por _____ semanas

Lista de Códigos CPT: _____

LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUTORIZACIÓN DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN

Autorización Estándar: La mayoría de los servicios si los solicita un proveedor de cuidado primario o enfermera especialista del Plan o con una orden escrita por estos se "autorizan automáticamente" dentro de las 8 horas o menos. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid permiten una demora de 14 días para las autorizaciones estándares. Nuestro objetivo es tardar de 5 a 7 días.

Autorización Rápida (debe leer y FIRMAR): Mediante mi firma a continuación, certifico que esperar una decisión dentro del plazo de tiempo estándar podría poner en grave peligro la salud o la vida del Miembro.

FIRMA: _____

Nombre de la Persona que Completa este Formulario: _____ Fecha en que se completó: _____

Número de Contacto: _____ FAX para Notificación de Autorización: _____