

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

SE REQUIERE PREAUTORIZACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE CUALQUIER PROVEEDOR NO PARTICIPANTE. El pago es únicamente por los servicios médicos indicados a continuación y está sujeto a las limitaciones y exclusiones descritas en el Manual del Miembro o Certificado de Cobertura.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____ Identificación del miembro: _____
Centro de enfermería: _____
Proveedor/Centro solicitante - Indique el nombre, la dirección, el n.º de teléfono, de fax y de NPI: _____

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

SERVICIOS SOLICITADOS (incluya una copia de la orden o de la nota clínica para las solicitudes fuera de la red)

☐ SNF Parte A ☐ Equipo médico duradero ☐ Paciente hospitalizado
☐ Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio *Indique la terapia a continuación ☐ Paciente psiquiátrico hospitalizado
☐ Revisión de estadia continua ☐ Medicamento de la Parte B ☐ Visita al especialista
Tipo de especialista: _____ Nombre: _____ Teléfono del consultorio: _____
Diagnóstico primario (n.º de código de ICD-10 y descripción): _____

Prueba o procedimiento de diagnóstico (indique el tipo, el código de CPT con la descripción): _____

Medicamentos de la Parte B (indique el código de CPT, dosis, frecuencia, cantidad): _____
Indique al proveedor de prestación: _____
Dirección del proveedor de prestación: _____
Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____ Servicio: _____
N.º de NPI del proveedor de prestación: _____

SOLICITUD DE TERAPIA

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

Solicitud de ☐ Fisioterapia ☐ Terapia ocupacional ☐ Terapia del habla
☐ Visitas de enfermería especializada ☐ Otro:
☐ Días adicionales de terapia ☐ Plan de tratamiento terapéutico ☐ En progreso
Fecha de inicio de los servicios: _____ Fecha de la evaluación inicial: _____ Fecha del último examen: _____
Cant. de días de fisioterapia solicitados: _____ Veces a la semana Durante _____ semanas
Cant. de días de terapia ocupacional solicitados: _____ Veces a la semana Durante _____ semanas
Cant. de días de terapia del habla solicitados: _____ Veces a la semana Durante _____ semanas
Cant. de visitas de enfermería especializada solicitadas: _____ Veces a la semana Durante _____ semanas
Lista de los códigos de Terminología de Procedimientos Actuales (CPT): _____

PARA QUE LO LLENE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUTORIZACIÓN

- ☐ **Autorización estándar:** Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid permiten 14 días para las autorizaciones estándar. Nuestro objetivo es de 5 a 7 días.
- ☐ **Autorización acelerada** (debe leer y FIRMAR): Al firmar a continuación, certifico que esperar una decisión dentro del plazo estándar podría poner la vida o la salud del miembro en grave peligro.

FIRMA: _____

Nombre de la persona que llena este formulario: _____ Fecha en la que se llenó: _____

Número de contacto: FAX para la notificación de la autorización: _____

Esta autorización NO es una garantía de elegibilidad o de pago. Todos los servicios prestados más allá de aquellos autorizados o fuera de las fechas aprobadas estarán sujetos a la denegación del pago.

Este mensaje en facsímil es confidencial y privilegiado. Se transmite para el uso exclusivo del destinatario. Esta comunicación no podrá copiarse o distribuirse a excepción de que así lo disponga el destinatario. Si usted ha recibido esta comunicación por error, notifíquenos de inmediato.