

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA 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 de la instalación de pedido: _____

Dirección del centro de pedidos: _____

Teléfono del centro de pedidos: _____ Fax de instalación de pedidos _____

Instalación de pedidos NPI: _____

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: _____

Atención médica domiciliaria "indicar terapia a continuación"

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

Proveedor de representación de listas: _____

Dirección del proveedor de renderizado: _____

Fecha de inicio/Fecha de finalización: _____ Servicio: _____

Proveedor de renderizado NPI: _____

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: _____ Veces por semana _____ Por _____ semanas

Cantidad de días de fisioterapia solicitados: _____ Veces por semana _____ Por _____ semanas

Cantidad de días de terapia del habla solicitados: _____ Veces por semana _____ Por _____ semanas

Lista de códigos de terminología de procedimientos actuales: _____

LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUTORIZACIÓN DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN

- Autorización estándar:** 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: _____

Esta autorización **NO** es garantía de elegibilidad o pago. Cualquier servicio prestado más allá de los autorizados o fuera de las fechas de aprobación estará sujeto a denegación del pago.

Este mensaje de fax es de carácter privilegiado y confidencial. Se transmite para uso exclusivo del destinatario. Esta comunicación no puede ser copiada ni difundida, salvo según lo indique el destinatario. Si ha recibido esta comunicación por error, avísenos inmediatamente.
8000-d-1v200160613