

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Health Plans

 INFORMACIÓN
DEL MIEMBRO

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

SOLICITUD DE TERAPIA

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:

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 estadía 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 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 7 días para las autorizaciones estándar. Nuestro objetivo es de 3 a 5 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.