

## 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 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: \_\_\_\_\_ 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, avisenos inmediatamente.