

## Forma para la solicitud de pre-autorizaciones

<b>Información de afiliado / suscriptor:</b>		1. Nombre:		2. Fecha de nacimiento:	
				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>MM / DD / AA</small>	
3. Número de Identificación del Paciente:			4. Género:		5. Teléfono:
			M F		
<b>Proveedor que solicita / Médico Primario</b>		6. Nombre:			7. Especialidad:
8. Número de Identificación (NPI):		9. Seguro Social Patronal:		10. Teléfono:	11. Facsímil:
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
12. Persona Contacto:					
<b>Proveedor que prestará servicio</b>		13. Nombre:			14. Especialidad:
15. Número de Identificación (NPI):		16. Seguro Social Patronal:		17. Teléfono:	18. Facsímil:
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
19. Nombre:		20. Especialidad:			
<b>Facilidad</b>		21. Número de Identificación (NPI):			22. Seguro Social Patronal:
		<input type="text"/>			<input type="text"/>
23. Teléfono:		24. Facsímil:			
<b>Servicio Solicitado</b>					
25. Tipo de Autorización:		26. Categoría:		27. Lugar de Servicio:	28. Tipo de Servicio:
Hospitalario Ambulatorio		Estándar Expedito* Retrospectivo		Oficina Hogar Hospital Ambulatorio Facilidad Radiológica Otro: _____	Ambulancia terrestre Estudio radiológico de alta tecnología Equipo médico duradero Prótesis / Ortótico/ Bandejas quirúrgicas Cuidado de Salud en el hogar Cirugía / Procedimientos ambulatorios Trasplante (tejidos) Quimioterapia Planificación de Alta Farmacia Especializada Otro: _____
29. Código(s) de diagnóstico:		30. Código(s) de procedimiento (CPT):			
1 <input type="text"/>		1 <input type="text"/>		5 <input type="text"/>	
2 <input type="text"/>		2 <input type="text"/>		6 <input type="text"/>	
3 <input type="text"/>		3 <input type="text"/>		7 <input type="text"/>	
4 <input type="text"/>		4 <input type="text"/>		8 <input type="text"/>	
<b>Notas clínicas o descripción de los servicios solicitados:</b>			31. Fecha de solicitud:		
			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>MM / DD / AA</small>		
<b>Firma del Proveedor:</b>					
Nombre / Firma			Fecha		

Esta transmisión contiene información confidencial que pertenece al emisor y es legalmente privilegiada. Esta información es solo para el uso del individuo o nombre de la entidad arriba mencionada. El receptor autorizado para recibir esta información no puede divulgar aquí contenida a ninguna otra persona o grupo. Si usted no es el receptor, la divulgación, copia, distribución o acción tomada en referencia al contenido de este documento está estrictamente prohibida. Si usted ha recibido esta transmisión por error, por favor notifique al emisor inmediatamente para acordar la devolución de este documento.

**Nota:**

Provea toda la documentación necesaria al momento de solicitar la pre-autorización. Por favor referirse a la Guía de Pre-autorizaciones de Humana. La pre-autorización de cualquier procedimiento no es una garantía de pago ya que esta sujeto a beneficios, elegibilidad y cubierta al momento de la prestación de los servicios. Las aprobaciones son basadas en necesidad médica tal como lo define el plan de beneficios o certificados del asegurado. Todos los beneficios están sujetos a términos, condiciones, y exclusiones del certificado del plan de beneficios.

**\*Expedito:** Las solicitudes expeditas serán completadas en 72 horas o menos, una vez toda la información necesaria es recibida. De acuerdo con ERISA y Medicare, una determinación expedita puede ser solicitada cuando el asegurado o su médico entienden que la espera por una decisión estándar puede colocar en peligro, la vida o la salud del asegurado.