



25 de junio de 2019

**A TODOS LOS PROVEEDORES MÉDICOS, HOSPITALARIOS Y DE SERVICIOS ANCILARES  
NUEVO FORMULARIO DE PREAUTORIZACIÓN EFECTIVO EL 1 DE JULIO DE 2019**

Estimado(a) proveedor(a):

En el Plan de Salud Menonita – Vital, nuestro compromiso es trabajar con usted de manera integrada y coordinada para un mejor manejo de los pacientes que atendemos en conjunto. Como ente facilitador, es nuestra responsabilidad proveerle toda la información necesaria y relevante para sus futuras intervenciones con los pacientes al momento en que llegan a su oficina para recibir su evaluación de salud.

En esta ocasión, le informamos que la Administración de Seguros de Salud (ASES) ha implementado un formulario estandarizado con el fin de que todas las aseguradoras utilicen la misma hoja al momento de someter sus preautorizaciones. Junto a esta comunicación incluimos el formulario estandarizado que deben comenzar a usar a partir del 1 de julio de 2019.

Es importante recordar que las preautorizaciones del Plan de Salud Menonita deben ser sometidas a través de los siguientes números de fax según corresponda:

	Fax
Manejo de Códigos J	1-844-900-4522
Preautorizaciones Clínicas	787-332-0921

Como siempre, contamos con su colaboración. Nos mantenemos a su orden para clarificar cualquier duda o pregunta.

Centro de Servicio al Proveedor  
1-855-297-0140 (libre de cargos)  
lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.  
<http://psmconnet.psmpr.com>

Cordialmente,

Glorymar Santiago Alicea, PharmD  
Directora del Departamento de Farmacia

Gregorio A. Cortés Soto, MD  
Principal Oficial Médico

## FORMULARIO DE PREAUTORIZACIONES



SECCION I INFORMACION DEL BENEFICIARIO					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE	INICIAL
NUMERO DE CONTRATO			FECHA DE CUBIERTA		
			MES / DIA / AÑO		
TIENE OTRO SEGURO MEDICO?	NOMBRE DEL SEGURO	NUMERO DE CONTRATO DEL OTRO SEGURO	FECHA DE EFECTIVIDAD	GRUPO MEDICO	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			MES / DIA / AÑO		
GENERO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NUMERO DE TELEFONO O CELULAR	NUMERO ALTERNO	NUMERO DE FAX
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	MES / DIA / AÑO				
DIRECCION FISICA		MUNICIPIO	ZIP CODE	CORREO ELECTRONICO	
DIRECCION POSTAL		MUNICIPIO	ZIP CODE	FIRMA DEL PACIENTE	
SECCION II INFORMACION DEL PROVEEDOR QUE SOLICITA					
NOMBRE DEL PROVEEDOR (En letra de molde)		NUMERO DE LICENCIA	NPI	ESPECIALIDAD	TELEFONO OFICINA
FIRMA DEL PROVEEDOR		CORREO ELECTRONICO	FECHA DE EMISION DEL REFERIDO	CELULAR DE MEDICO	FAX DE MEDICO
			MES / DIA / AÑO		
SECCION III SERVICIO A SOLICITAR					
VOR DE INDICAR LOS CODIGOS DE DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS JUNTO A SU DESCRIPCION POR EL CUAL SOLICITA LOS SERVICIOS				FAVOR DE SELECCIONAR LUGAR DE SERVICIO	
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION	INTRAHOSPITALARIO	
1- [ ]		1- [ ]		<input type="checkbox"/> CIRUGIA <input type="checkbox"/> ADMISION <input type="checkbox"/> OTROS _____	
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION	AMBULATORIO	
2- [ ]		2- [ ]		LUGAR: <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> CENTRO AMBULATORIO	
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION	<input type="checkbox"/> HOSPITAL	
3- [ ]		3- [ ]		Favor de seleccionar servicio	
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION	<input type="checkbox"/> PROC. QUIRURGICO <input type="checkbox"/> PROC. DIAGNOSTICO	
4- [ ]		4- [ ]		<input type="checkbox"/> OTROS _____	
OTROS (favor de especificar)				SERVICIO EN EL HOGAR (favor de indicar servicio, cantidad y fecha)	
				<input type="checkbox"/> DME <input type="checkbox"/> TRANSPORTE	
SECCION IV INFORMACION CLINICA					
Resumen breve de la necesidad médica de lo solicitado:					
Estudios realizados y resultados que respalden la solicitud (favor de enviar documentos, orden médica, examen físico, resultados de laboratorio junto a la solicitud de preautorización):					
INFORMACION DEL PROVEEDOR O FACILIDAD QUE BRINDARA LOS SERVICIOS					
NOMBRE DEL PROVEEDOR O FACILIDAD (En letra de molde)			NPI	TELEFONO DEL PROVEEDOR / FACILIDAD	
FIRMA DEL PROVEEDOR		FECHA FIRMA	FECHA DE SERVICIO DESDE	FECHA DE SERVICIO HASTA	
			MES / DIA / AÑO	MES / DIA / AÑO	

\*\*Definición de la solicitud de servicios Expedito/Urgente, es cuando la vida o la salud del beneficiario podrían verse en peligro por un retraso en el acceso al tratamiento o servicio solicitado. Las solicitudes fuera de esta definición se deben clasificar bajo Electivo/No Urgente. Cualquier presentación incompleta puede ser devuelta sin previo aviso.