

## 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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL SEGURO	NUMERO DE CONTRATO DEL OTRO SEGURO		FECHA DE EFECTIVIDAD MES / DIA / AÑO	GRUPO MEDICO	
GENERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	FECHA DE NACIMIENTO MES / DIA / AÑO	EDAD	NUMERO DE TELEFONO O CELULAR		NUMERO ALTERNO	NUMERO DE FAX
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 MES / DIA / AÑO		CELULAR DE MEDICO	FAX DE MEDICO
SECCION III SERVICIO A SOLICITAR						
FAVOR 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 <input type="checkbox"/> CIRUGIA <input type="checkbox"/> ADMISION <input type="checkbox"/> OTROS _____		
1- <input type="text"/>		1- <input type="text"/>				
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION	AMBULATORIO LUGAR: <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> CENTRO AMBULATORIO <input type="checkbox"/> HOSPITAL		
2- <input type="text"/>		2- <input type="text"/>				
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION	Favor de seleccionar servicio <input type="checkbox"/> PROC. QUIRURGICO <input type="checkbox"/> PROC. DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> OTROS _____		
3- <input type="text"/>		3- <input type="text"/>				
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION	SERVICIO EN EL HOGAR (favor de indicar servicio, cantidad y fecha)		
4- <input type="text"/>		4- <input type="text"/>				
OTROS (favor de especificar)					<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 fisico, 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 MES / DIA / AÑO	FECHA DE SERVICIO HASTA 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.