

**Solicitud de Pre-Certificación de Imágenes**  
(La forma debe ser completada en todas sus partes y en letra legible)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	Inicial	Fecha de la Solicitud
						Día    Mes    Año
Número de Contrato <b>PSM</b> (ID)		Número de Grupo	Teléfono/Cel.	Edad	Fecha de Nacimiento	
<b>PSM</b>					Día    Mes    Año	
<b>Email del paciente:</b>						
INFORMACIÓN DEL MÉDICO						
Nombre del Médico y Apellidos			Firma	NPI		
Especialidad			Teléfono	Fax		
<b>Email del médico:</b>						
Estudios / Procedimientos a Pre-Certificar (Según aplica, indicar lado izquierdo, derecho o bilateral)						
Medios de contrastes los paga el suscriptor						
Código CPT		Descripción				
<input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo						
<b>Facilidad a Realizar Estudio:</b>						
Información Clínica (justificación médica)						
Diagnósticos (ICD-10)			Tratamiento y Resultados de Estudios Previos (Explicar trauma, si aplica)			
Observaciones						
<hr/> <hr/>						

DC-01- 2018-6

**Válida por 30 días calendario a partir de la fecha de aprobación**  
**Favor enviar vía Fax: (787) 735-4505 o acceda a: [planmenonita.com](http://planmenonita.com)**  
**Seleccione Servicios al Proveedor o Suscriptor, entre a pre-autorización de servicios,**  
**regístrese y someta su solicitud de pre-autorización online**