

**Solicitud de Pre-Certificación de Imágenes
Suscriptores PSM Comercial**
(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 PSM (ID)	Número de Grupo	Teléfono/Cel.	Edad	Fecha de Nacimiento		
PSM				Día	Mes	Año
Email del paciente:						
INFORMACIÓN DEL MÉDICO						
Nombre del Médico y Apellidos		Firma	NPI			
Especialidad		Teléfono	Fax			
Email del médico:						
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						
Información Clínica						
Diagnósticos (ICD-10)		Tratamiento y Resultados de Estudios Previos (Explicar trauma, si aplica)				
Observaciones						
<hr/> <hr/>						

DC-01- 2018-2

Válida por 30 días calendario a partir de la fecha de aprobación

FAVOR ENVIAR Vía: Fax: 787) 735-4505 o Email: preauto@planmenonta.com