

Solicitud de Pre- Certificación de Imágenes

(La forma debe ser completada en todas sus partes)

Información del Paciente						
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Fecha de la Solicitud		
				Día	Mes	Año
Número de Contrato			Fecha de Nacimiento			
PSM			Día			
			Mes			
			Año			
Información del Médico						
Nombre del Médico		Firma		Licencia		
Especialidad		Teléfono		Fax		
Estudios / Procedimientos a Pre-Certificar (Según aplica indicar lado izquierdo, derecho o bilateral)						
Medios de contrastes los paga el suscriptor						
Procedimiento	CPT	Procedimiento	CPT			
CT Scan Head	<input type="checkbox"/> 70450	MRI Joint Lower Extremity	<input type="checkbox"/> 73721			
MRI Brain	<input type="checkbox"/> 70551	CT Scan Abdomen	<input type="checkbox"/> 74150			
CT Scan Cervical	<input type="checkbox"/> 72125	MRI Abdomen	<input type="checkbox"/> 74181			
MRI Face / Neck	<input type="checkbox"/> 70540	CT Scan Pelvis	<input type="checkbox"/> 72192			
CT Scan Check	<input type="checkbox"/> 72128	MRI Pelvis	<input type="checkbox"/> 72195			
MRI Breast	<input type="checkbox"/> 77059	CT Scan / Lumbar	<input type="checkbox"/> 72131			
CT Scan Thorax	<input type="checkbox"/> 71250	MRI Lumbar / Spine	<input type="checkbox"/> 72148			
MRI Chest	<input type="checkbox"/> 71550	PET CT Scan / Pet Scan	<input type="checkbox"/> 78815			
CT Scan Upper Extremity	<input type="checkbox"/> 73200	Thyroid Scan	<input type="checkbox"/> 78010			
MRI Upper Extremity	<input type="checkbox"/> 73218	Uptake	<input type="checkbox"/> 78990			
MRI Join Upper Extremity	<input type="checkbox"/> 73221	HIDA Scan	<input type="checkbox"/> 78223			
MRI Cervical Spine	<input type="checkbox"/> 72141	Gallium Scan/ Octreo Scan	<input type="checkbox"/> 78802			
CT Scan Lower Extremity	<input type="checkbox"/> 73700	Bone Scan	<input type="checkbox"/> 78104			
MRI Lower Extremity	<input type="checkbox"/> 73718	CT Neck, Soft Tissue	<input type="checkbox"/> 70490			
CT Abdomen/Pelvis Combo	<input type="checkbox"/> 74176	<input type="checkbox"/> Bilateral	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> izquierdo		
Si el estudio no está incluido en la Sección anterior utilice esta área						
Código CPT	Código CPT	Descripción				
Información Clínica						
Diagnósticos (ICD-10)		Tratamiento y Resultados de Estudios Previos (Explicar trauma, si aplica)				
Uso Oficial						
Observaciones: _____						
_____ Cubierta verificada por: _____						
_____ Autorizado _____ No Autorizado _____ Deducibles						
Firma Autorizada _____				Fecha de aprobación: ____ / ____ / ____		
				Día / Mes / Año		
# Pre autorización _____ AUTORIZACIÓN VÁLIDA PARA PROVEEDORES PARTICIPANTES						
Válida por 30 días calendario a partir de la fecha de aprobación						