

ELECTIVO/NO URGENTE  EXPEDITO/URGENTE\*\*

V.12/2022

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		
4- <input type="text"/>		4- <input type="text"/>			
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 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.