

SOLICITUD DE PRE-CERTIFICACIÓN DE IMÁGENES SUSCRIPTORES 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 | |
| | | | | | 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) | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Justificación Médica e Información Médica del Suscriptor | | | | | | |
| <hr/> <hr/> | | | | | | |

DC-01- 2023-01

Favor enviar vía: Email: preauto@planmenonita.com o Fax: (787) 735-4505