

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 | SERVICIO EN EL HOGAR (favor de indicar servicio, cantidad y fecha) | |
| 4- <input type="text"/> | | 4- <input type="text"/> | | | |
| OTROS (favor de especificar) | | | | | |
| | | | | <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 físico, 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.