

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA FORMULARIO

SE DEBEN COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS E INCLUIR LAS HISTORIAS CLÍNICAS CON EL PRESENTE FORMULARIO PARA PROCESAR LA SOLICITUD.

Una vez completado, envíe el formulario por fax a uno de los siguientes números:

Servicios para pacientes hospitalizados (internaciones hospitalarias agudas, establecimiento de enfermería especializada [skilled nursing facility, SNF], rehabilitación, etc.):

Estándar O

303-602-2127

Servicios para pacientes ambulatorios (procedimientos ambulatorios, salud en el hogar, visitas al consultorio, radiología, etc.):

PRIORIDAD DE LA SOLICITUD (elegir una opción):

303-602-2128

Equipo médico durable:

Urgente O

Simultánea O

303-602-2160 Retrospectiva O

Solicitud urgente: las solicitudes urgentes se reducirán a los plazos de respuesta estándares si no cumplen al menos uno de los siguientes criterios: 1) grave peligro para la vida o la salud del miembro, 2) para las personas discapacitadas, limitación inminente y sustancial en la capacidad de vivir independientemente, o 3) afección que somete a la persona a un dolor incontrolable. Las citas para el día siguiente no reúnen los requisitos para la condición de urgencia. Solicitud simultánea: esta es una solicitud para extender el tratamiento más allá del período inicial aprobado; la solicitud debe hacerse 24 horas antes del vencimiento del período autorizado.

Tiempos de respuesta para procesar una solicitud: urgente es 72 horas; simultánea es 24 horas; retrospectiva es 30 días. **Estándar:** Medicare y CHP+ son 10 días; Medicare es 14 días; los planes grupales de empleador y Elevate son 15 días.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			Fecha	Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/YY)		
N.º de id. del miembro			Médico	Médico de atención primaria del miembro		
Sexo del miembro: Maso	culino O Fem	enino O				
PEDIDO/SOLICITUD DE	E INFORMACIÓN S	OBRE EL PROVEEDOR:				
lombre del proveedor			Contacto	Contacto en el consultorio del proveedor		
N.º de identificador de pro	oveedor nacional (Na	ational Provider Identifier, NPI)	del proveedor N.º de tel	éfono del proveedor N.º c	le fax del proveedor	
NFORMACIÓN DEL PR	ROVEEDOR O CEN	ITRO DONDE SE PRESTAR	AÁ EL SERVICIO:			
Nombre del proveedor		Tipo de proveedo	or/especialidad	Contacto del proveedor qu	ue presta el servicio	
N.º de NPI del proveedor N.º de teléfono del proveedor N.º de fax del proveedor						
El proveedor tiene un c	contrato con Cofinity	∕?: Sí O No O ¿	El proveedor tiene un c	ontrato con FirstHealth?: Sí	O No O	
SERVICIOS SOLICITAD	OOS (elegir una op	ción): Servicio para pacie	entes hospitalizados O	Servicio para pacientes a	mbulatorios O	
Códigos CIE-10:						
	Se deben co	mpletar todos los campos	de la columna. NO DE	JAR EN BLANCO.		
Descripción del servio		Código CPT/HCPCS	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Unidades	
-						
		•	•	•		