



FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ANTEMANO

Al completar este formulario favor de enviarlo por fax al: **(305) 644-2539**
 Si se trata de un caso de Salud Mental favor de enviarlo por fax al: **(305) 644-7734**

INFORMACIÓN SOBRE EL MIEMBRO			
Nombre del miembro:	Número de identificación del miembro:	Fecha:	
Fecha de nacimiento del miembro:			
Dirección del miembro:	Número telefónico del miembro:		
INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO SOLICITANTE			
Médico que da el referido:	Número telefónico:	Número de fax:	
Dirección del médico que da el referido:	Firma y número de la licencia del médico que da el referido:		
TIN/NPI:	Código de locación:		
INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO Y CENTRO QUE PRESTA EL SERVICIO			
Nombre del proveedor que presta el servicio:	Nombre del centro:		
Dirección del proveedor que presta el servicio:	Dirección del centro:		
Contacto:	Especialidad:		
Número telefónico:	Número de fax:	Número telefónico:	Número de fax:
TIN/NPI:	Código de locación:	TIN/NPI:	Código de locación:
SERVICIO/PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO SOLICITADO			
POS: <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Centro de atención de pacientes externos <input type="checkbox"/> Hospital de pacientes externos <input type="checkbox"/> Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios <input type="checkbox"/> Hospital de pacientes ingresados <input type="checkbox"/> Rehabilitación de pacientes ingresados <input type="checkbox"/> SNF/Rehabilitación <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Hospicio <input type="checkbox"/> Centro psiquiátrico de pacientes ingresados <input type="checkbox"/> Otro			
Si es otra cosa, favor de especificarla:			
Tipo de servicio o procedimiento:	<input type="checkbox"/> Iniciales <input type="checkbox"/> Extensión – # de autorización previa:		
Cantidad o número de visitas solicitadas:			
CÓDIGOS HCPCS/CPT			
Código de diagnóstico ICD 10	Código HCPCS/CPT:	Descripción del código:	Motivo médico:
INFORMACIÓN IMPORTANTE			
Favor de incluir o adjuntar las notas clínicas y del consultorio, información sobre el laboratorio, informes sobre imágenes y todo documento orientador a fin de justificar la necesidad médica. Si se trata de una solicitud fuera de la red, favor de dar una explicación.			
<input type="checkbox"/> Marque la casilla, si el médico considera que esperar la decisión según el plazo estándar podría hacer peligrar seriamente la vida, salud o capacidad de recuperar la funcionalidad máxima del afiliado.			
Teléfono: 844-964-5366 - Fax: 305-644-2539 - Fax de Salud Mental: 305-644-7734			