



TIPO DE SERVICIO

 Estándar Expedito

FORMULARIO DE PREAUTORIZACIÓN

SECCIÓN I: Información del paciente

Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre:		Inicial	Número de contrato		Efectividad de cubierta		
									Mes	Día	Año
¿Tiene otro seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del seguro		Número de contrato del otro seguro		Fecha de efectividad			Grupo médico			
					Mes	Día	Año				
Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento			Edad	Número de teléfono o celular		Número alterno		Número de fax		
	Mes	Día	Año								
Dirección Física					Municipio		Código postal	Correo electrónico			
Dirección Postal					Municipio		Código postal	Firma del paciente			

SECCIÓN II: Información del proveedor que solicita

Nombre del proveedor		Número de licencia		NPI		Especialidad		Número de teléfono oficina	
Correo electrónico				Fecha de referido		Número de celular del médico		Número de fax del médico	

SECCIÓN III: Servicio a solicitar

Indique los códigos de diagnósticos y procedimientos junto a su descripción por los cuales solicita los servicios.				Seleccione el lugar de servicio:			
Código en ICD-10	Descripción	Código CPT/HCPCS	Descripción	Intra Hospitalario <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Centro de Enfermería Especializada <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Centro de Rehabilitación			
1-		1-		Ambulatorio Lugar: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Centro ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospital			
Código en ICD-10	Descripción	Código CPT/HCPCS	Descripción	Seleccione el servicio y/o procedimiento: <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> Diagnóstico Otros _____			
2-		2-		Servicio en el hogar (Indique servicio, cantidad y fecha) <input type="checkbox"/> Cuidado de la piel <input type="checkbox"/> Asistente de salud <input type="checkbox"/> Trabajo social <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Terapia del habla <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Equipo Médico Duradero <input type="checkbox"/> Transporte			
Código en ICD-10	Descripción	Código CPT/HCPCS	Descripción				
3-		3-					
Código en ICD-10	Descripción	Código CPT/HCPCS	Descripción				
4-		4-					
Otros (especifique)							

SECCIÓN IV: Información clínica

Describa la necesidad médica del servicio solicitado

Envíe los documentos, orden médica, examen físico y resultados de laboratorios, junto con la solicitud de preautorización, vía fax a la Unidad de Recibo y Canalización de MCS: 787.620.1336/787.622.2434/787.622.2436.

Información del proveedor o facilidad que brindará los servicios

Nombre del proveedor o facilidad (en letra de molde)		NPI		Número de teléfono del proveedor/facilidad		Número de fax	

Una solicitud de servicios expedita/urgente aplica cuando la vida o salud del afiliado podría verse en peligro por un retraso en el acceso al tratamiento o servicio solicitado. Las solicitudes fuera de esta definición se deben clasificar bajo estándar/no urgente. Formulario incompleto puede retrasar el proceso de preautorizaciones.

Firma del proveedor		Fecha		Fecha de servicio desde			Fecha de servicio hasta		
				Mes	Día	Año	Mes	Día	Año

MCS Classicare es un plan HMO suscrito por MCS Advantage, Inc.

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182). ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182)。

H5577_17110422_C