

Autorización médica



Es posible que este formulario se devuelva sin procesar si no se completa en su totalidad con toda la información requerida. Solo se otorgarán autorizaciones para servicios médicamente necesarios. No es posible procesar esta solicitud sin documentación de respaldo.

- Paciente derivado **Autorización estándar** (Completada en el plazo de **14 días** a partir de su recepción.) **Urgente (Seleccione aquí SOLO si certifica que esperar una decisión en el plazo estándar podría poner en grave peligro la vida, la salud o la habilidad para recobrar la función máxima de la persona inscrita. Completada en el plazo de 72 horas a partir de su recepción).**

Sección 1 Información del paciente

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación de miembro
Nombre del asegurado	Número de grupo	

Sección 2 Información del proveedor solicitante (planes PPO) o del proveedor de atención primaria (planes HMO)

Proveedor de atención primaria (PCP)/médico de turno		Número de identificación fiscal (TIN)/Identificador de Proveedor Nacional (NPI)
Teléfono	Fax	Contacto

Sección 3 Información de proveedor o especialista que presta el servicio

Nombre del especialista		TIN/NPI
Teléfono	Fax	Contacto

Sección 4 Información del centro

Centro		TIN/NPI
Teléfono	Fax	Contacto
Fecha de admisión	Fecha de alta	

Sección 5 Servicio solicitado

Fecha de servicio planificada del	al	Fecha programada (si se conoce)
Código de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) (primario)	Descripción Descripción	
Código de la ICD (adicional)	Description	

Código CPT-4/HCPCS	Descripción del procedimiento o servicio	Consultas/frecuencia
Comments		

¿Está listo para enviar el formulario? Envíelo por fax al 855-637-2666 o por correo a Summit Health, Attn: Medicare Authorization Department, PO Box 820070, Portland, OR 97282
¿Tiene preguntas? Llámenos al número gratuito 1-844-931-1778.