

Florida Complete Care
Formulario de Autorización Previa



Florida Complete Care
P.O. Box 261060
Miami, Florida 33126
FAX: 305-675-6138

Estándar

Rápido*

Al marcar esta opción, certifico que al solicitar el plazo de revisión de 72 horas estándar podría poner en grave peligro la vida o la salud del paciente o la capacidad del paciente para recuperar la función máxima.

Si se trata de una solicitud de reautorización de una solicitud aprobada previamente que ha vencido, proporcione el número de autorización.

Complete **todas las secciones** con letra legible.

Fecha de solicitud:			
Información del afiliado			
Nro. de ID de Member:			
Nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento:		Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del PCP:			
Teléfono del PCP:			
Seguro primario:			
Seguro secundario:			
Proveedor que deriva / Proveedor que solicita		Proveedor de servicios / Centro solicitado	
Nombre:		Nombre:	
Dirección:		Dirección:	
Teléfono:		N.º de NPI	
Fax:		N.º de TIN:	
Persona de contacto:		Teléfono:	
Firma del médico o proveedor que deriva:		Fax:	
		Especialidad:	

Información de derivación / Autorización

Diagnóstico primario o descripción:

Tipo de servicio:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Atención médica | <input type="checkbox"/> 4. Radiología de diagnóstico | <input type="checkbox"/> 7. Anestesia |
| <input type="checkbox"/> 2. Cirugía | <input type="checkbox"/> 5. Laboratorio de diagnóstico | <input type="checkbox"/> 8. Asistente en cirugía |
| <input type="checkbox"/> 3. Consulta | <input type="checkbox"/> 6. Radiología terapéutica | <input type="checkbox"/> 9. Otro servicio médico |

Código CPT/HCPCS o descripción:

Fecha de inicio del servicio:

Cantidad de visitas / Unidades solicitadas:

Lugar de servicio (seleccione uno):

- Paciente hospitalizado: 21
- Paciente ambulatorio: 19 22 24
- En el consultorio: 11

Información clínica pertinente para la derivación (incluya notas clínicas, informes de laboratorio, informes de radiología, etc.):

Tenga en cuenta: Si no completa este formulario en su totalidad, ni incluye los códigos de procedimiento correspondientes o los códigos de diagnóstico y los documentos de respaldo adjuntos, se demorará el procesamiento o se rechazará esta solicitud de autorización previa.