Florida Complete Care

Formulario de Autorización Previa

Florida Complete Care

Envíe su solicitud de autorización previa por fax, correo electrónico o portal.

Fax: 305-675-6138, Email: FCCUMDepartment@FCCHealthPlan.com

☐ **Estándar**

☐ **Rápido*** Al marcar esta opción, certifico que aplicar el proceso estándar de autorización previa, con un plazo de 7 días, pondrá seriamente en riesgo la vida o el estado de salud del paciente, o su capacidad para recuperar la máxima función. Los detalles específicos sobre cómo este paciente estaría en riesgo o no podría recuperar la máxima función deben indicarse a continuación en la sección de Información Clínica Pertinente. No se puede realizar una revisión acelerada a menos que esta información se incluya y sea evaluada. Las solicitudes de revisión acelerada que no proporcionen los detalles específicos requeridos, según se define anteriormente, se procesarán mediante la revisión estándar.

☐ **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:** ☐ **Masculino** ☐ **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:**	

Florida Complete Care

Formulario de Autorización Previa

	Especialidad:	

Florida Complete Care

Formulario de Autorización Previa

Florida complete care

Información de derivación / Autorización			
Diagnóstico primario o descripción:			
Tipo de servicio: ☐ 1. Atención médica ☐ 4. Radiología de diagnóstico ☐ 7. Anestesia ☐ 2. Cirugía ☐ 5. Laboratorio de diagnóstico ☐ 8. Asistente en cirugía ☐ 3. Consulta ☐ 6. Radiología terapéutica ☐ 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.