



Formulario de solicitud fuera de la red

Complete este formulario en su totalidad y devuélvalo a SHP-Authorization@ascension.org o envíelo por fax a 512-380-7507. Tenga en cuenta que si elige enviar este formulario por correo electrónico no podemos garantizar la seguridad de este durante su transmisión.

Este formulario se debe aprobar antes de recibir los servicios para que estos estén cubiertos al precio de gastos compartidos dentro de la red. Este formulario no se puede usar retroactivamente. El tiempo de respuesta para el formulario de solicitud de OON reflejará los plazos disponibles para la autorización previa para tipos de solicitudes prospectivas urgentes y no urgentes. Si este formulario está relacionado con un servicio que necesita autorización previa, su clínico debe enviar una [solicitud de autorización previa](#) usando el proceso establecido. Para obtener más información sobre los plazos para la toma de decisiones y autorizaciones previas, consulte el Manual para clínicos, que está disponible en el sitio web de Ascension Personalized Care.

Este formulario no es para emergencias médicas. No necesita completar este formulario para recibir atención fuera de la red para emergencias médicas.

Información del miembro	
Fecha de hoy ____ / ____ / _____	Fecha de nacimiento del miembro ____ / ____ / _____
Nombre del miembro:	Número de identificación del miembro:
Teléfono del miembro:	Dirección de correo electrónico del miembro:
Proveedor de atención primaria del miembro:	¿Tiene una relación existente con los proveedores identificados abajo? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
<p><i>NOTA: Tener una relación existente con un proveedor se tendrá en cuenta al evaluar qué proveedor, si se aprueba, puede usar para servicios fuera de la red. Sin embargo, no hay garantía de que el proveedor con el que tiene una relación existente sea el proveedor aprobado para que usted lo use para recibir atención. Se puede identificar a otro proveedor alternativo como el proveedor aprobado.</i></p>	



Información del proveedor/centro fuera de la red	
Nombre del proveedor:	Especialidad:
NPI del proveedor (si se conoce): <i>Para ayudarlo a identificar el NPI, está disponible esta herramienta: https://npiregistry.cms.hhs.gov/</i>	TIN del proveedor (si se conoce):
Teléfono del proveedor:	Número de fax del proveedor:
Dirección del proveedor (incluya ciudad, estado, código postal):	
Si esta solicitud es para un procedimiento que se hará en un centro, complete esta información adicional relacionada con el centro:	
Nombre del centro:	Teléfono del centro:
Fax del centro:	NPI del centro: <i>Para ayudarlo a identificar el NPI, está disponible esta herramienta: https://npiregistry.cms.hhs.gov/</i>
TIN del centro (si se conoce):	
Dirección del centro (incluya ciudad, estado, código postal):	



Información sobre los servicios solicitados	
<p>¿Para qué enfermedad o condición médica está tratando de ver al proveedor? Incluya cualquier Código de diagnóstico de ICD-10, si lo conoce.</p> <p><i>Si no está seguro sobre la enfermedad o condición médica por la que necesita ver a un proveedor, comuníquese con su proveedor de atención primaria.</i></p>	<p>¿Qué procedimiento (si hay alguno) está tratando de completar? Incluya cualquier Código de procedimiento CPT, si lo conoce.</p> <p><i>Si no está seguro sobre los procedimientos por los que necesita ver a un proveedor, comuníquese con su proveedor de atención primaria.</i></p>
<p>Explique por qué está buscando servicios de un proveedor fuera de la red.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Servicio no urgente 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio clínicamente urgente
<ul style="list-style-type: none"> • Fecha del servicio no programado aún • Fecha del servicio programado el ____/____/____ • Número de visitas solicitadas: _____ 	
<p>Lugar del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultorio médico (por ejemplo: consultorio del proveedor) • Paciente ambulatorio (por ejemplo: centro quirúrgico) • Paciente hospitalizado (por ejemplo: hospital) • En su casa 	

Firmando abajo, certifico que toda la información es verdadera y correcta según mi conocimiento.

Firma

_____/_____/_____
Fecha