

# Formulario de solicitud de autorización previa para servicios de atención médica para uso en Indiana

## Sección I: Presentación

Nombre del emisor Ascension Personalized Care - UM	Teléfono (844) 995-1145	Fax (512) 380-7507	Fecha y hora de la presentación _____ a. m./p. m. ET/CT
---	----------------------------	-----------------------	--

## Sección II: Información general

Tipo de revisión <input type="checkbox"/> No urgente <input type="checkbox"/> Urgente	Motivo clínico de la urgencia
Tipo de solicitud <input type="checkbox"/> Solicitud inicial	Extensión/Renovación/Enmienda (N.º. De autor. previa: _____ )

## Sección III: Información del paciente

Nombre	Teléfono de contacto del paciente	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se desconoce
Nombre del asegurado (si es diferente)	N.º de ID del miembro o Medicaid	N.º de grupo	

## Sección IV: Información del proveedor:

Proveedor o centro que solicita la autorización		Proveedor o centro que ofrece el servicio	
Nombre		Nombre	
N.º DE NPI	Especialidad	N.º DE NPI	Especialidad
Teléfono	Fax	Teléfono	Fax
Nombre de contacto and Teléfono		Nombre del proveedor de atención primaria (lea las instrucciones)	
Firma del proveedor y fecha (de corresponder)		Teléfono	Fax

## Sección V: Servicios solicitados (con código HCPCS, CDT o CPT) y diagnósticos de respaldo (con código ICD)

Servicio o procedimiento planificado	Código	Desde	Hasta	Descripción del diagnóstico (versión ICD _____), en caso de que esté disponible	Código
Paciente ingresado <input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio <input type="checkbox"/> Consultorio del proveedor <input type="checkbox"/> Observación <input type="checkbox"/> Atención en casa <input type="checkbox"/> Cirugía ambulatoria <input type="checkbox"/> Otro (especificar)					
Fisioterapia <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Terapia del habla <input type="checkbox"/> Rehabilitación cardíaca <input type="checkbox"/> Salud mental/abuso de sustancias					
Cantidad de sesiones	Duración	Frecuencia	Otro		
Atención médica en casa (¿Orden firmada por el médico adjunta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No) (¿Evaluación del personal de enfermería adjunta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No)					
Número de visitas solicitadas	Duración	Frecuencia	Otro		
DME (¿Orden firmada por el médico adjunta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No) (Solo Medicaid: ¿certificación de Título 19 adjunta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No)					
Equipos/suministros (incluir cualquier código HCPCS)				Duración	

## Sección VI: Documentación clínica (consultar la página de instrucciones de la Sección VI)

Si el emisor necesita más información, puede llamar al proveedor que solicita la autorización o al representante autorizado directamente al \_\_\_\_\_ (ext. \_\_\_\_\_) o enviar un correo electrónico a \_\_\_\_\_.

El método de contacto preferido es por  teléfono o  correo electrónico.

## Sección VII: Motivo de la denegación o denegación parcial (debe completarlo el emisor)

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS DE  
ATENCIÓN MÉDICA PARA USO EN INDIANA**

**Lea todas las instrucciones antes de completar el formulario.**

No envíe el formulario completado al Departamento de Seguros de Indiana (Indiana Department of Insurance)  
ni al empleador del paciente o asegurado.

El Departamento de Seguros de Indiana anima a todas las aseguradoras, HMO, los administradores y otros a aceptar el Formulario de solicitud de autorización previa estándar para servicios de atención médica para uso en Indiana si el plan exige la autorización previa de un servicio de atención médica.

**Uso previsto:** Cuando un emisor exija la autorización previa de un servicio de atención médica, debe usar este formulario para solicitar la autorización **por correo**. El emisor también puede darle mediante su sitio web **una versión electrónica de este formulario** que puede completar y enviar de forma electrónica al emisor a través de su portal.

**No use este formulario en los siguientes casos:** 1) para apelar, 2) para confirmar la elegibilidad, 3) para verificar la cobertura, 4) para preguntar si un servicio exige autorización previa, 5) para solicitar autorización previa de un medicamento con receta o 6) para solicitar una remisión a un médico, centro o cualquier otro proveedor de atención médica fuera de la red.

**Información adicional e instrucciones:**

Sección I. Es posible que el emisor ya haya completado antes su información de contacto en la copia de este formulario publicada en su sitio web.

Sección II. Revisión urgente: puede solicitar revisiones urgentes para un paciente que se encuentre hospitalizado o para autorizar un tratamiento tras la estabilización de una condición de emergencia. También puede solicitar revisiones urgentes para autorizar el tratamiento de lesiones o enfermedades agudas si el proveedor determina que la condición es lo suficientemente grave o dolorosa como para garantizar la revisión rápida o urgente para evitar el deterioro de la condición o la salud del paciente.

Sección IV.

- Si el *proveedor o centro que solicita la autorización* es también el *proveedor o centro que ofrece el servicio*, escriba "Same" (igual).
- Si se requiere la firma del proveedor que solicita la autorización, no podrá usar un sello con la firma.
- Si el plan del emisor requiere que el paciente tenga un proveedor de atención primaria (PCP), escriba el nombre y número de teléfono del PCP. Si el proveedor es el PCP del paciente, escriba "Same".

Sección VI.

- Describa brevemente la necesidad médica en este espacio o adjunte una declaración.
- Adjunte la documentación clínica de respaldo (registros médicos, informes sobre la evolución, informes de laboratorio, estudios radiológicos, etc.), en caso de que sea necesaria.

Sección VII.

- Describa brevemente por qué se denegó de forma parcial o completa la solicitud.

**Nota:** Algunos emisores podrán pedir más información u otros formularios para procesar la solicitud. Si cree que necesita un formulario adicional, consulte el sitio web del emisor antes de presentar la solicitud.

Si el proveedor que solicita la autorización desea que lo llamen directamente por la información que falta para que el emisor procese esta solicitud y su información de contacto no se encuentra en la Sección IV, escriba la información de contacto del proveedor en el espacio al final del formulario de solicitud. *Solo llamarán para garantizar que el emisor tenga toda la información necesaria para revisar la solicitud. No se trata de una discusión entre pares ofrecida por un agente de revisión de la utilización (URA) antes de emitir una determinación adversa.*