



# Formulario de autorización previa estándar de servicios de atención médica de Texas

NOFR001 | 0415

Departamento de Seguros de Texas

**Lea las instrucciones que figuran abajo antes de completar el formulario.**

*Envíe la solicitud al emisor al que le solicita la autorización. **No envíe este formulario** al Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance, TDI), la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Texas Health and Human Services Commission) o el empleador del paciente o asegurado.*

A partir del 1 de septiembre de 2015, los emisores de planes de beneficios médicos deben aceptar el formulario de autorización previa estándar de servicios de atención médica de Texas si el plan requiere la autorización previa de los servicios de atención médica.

Además de los emisores comerciales, los siguientes emisores públicos deben aceptar el formulario: Medicaid, el programa de atención administrada de Medicaid, el programa de seguro médico para menores (CHIP) y los planes para los empleados del estado de Texas, la mayoría de los distritos escolares, la Universidad de Texas y los sistemas universitarios A&M de Texas (Texas A&M Systems).

**Uso previsto:** Use este formulario para solicitar autorización previa **por fax o correo** cuando el emisor solicite la autorización previa de un servicio de atención médica. El emisor también puede presentar una **versión electrónica del formulario** en el sitio web que usted puede completar y presentar de manera electrónica, a través del portal del emisor, para solicitar la autorización previa de los servicios de atención médica.

**No use este formulario para:** 1) presentar una apelación; 2) confirmar la elegibilidad; 3) verificar la cobertura; 4) solicitar una garantía de pago; 5) preguntar si el servicio requiere autorización previa; 6) solicitar la autorización previa de medicamentos con receta médica; o 7) solicitar la remisión a un médico, centro u otro proveedor de atención médica fuera de la red.

**Información adicional e instrucciones: Sección I: Presentación:**

Es posible que el emisor haya completado la información de contacto en la copia de este formulario en su sitio web.

**Sección II: Información general:**

**Revisiones urgentes:** Solicite la revisión urgente en caso de pacientes con condiciones potencialmente mortales o pacientes que se encuentren hospitalizados, **o bien** para autorizar el tratamiento después de estabilizar 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: Información del proveedor:**

- Si el proveedor o centro que solicita la autorización es también el proveedor o centro que ofrece el servicio, escriba "Igual".
- Si se requiere la firma del proveedor que solicita el servicio, 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 "Igual".

**Sección VI: Documentación clínica:**

- Describa brevemente la necesidad médica en este espacio o adjunte una declaración.
- Si es necesario, adjunte la documentación clínica complementaria (historias clínicas, notas de evolución, informes de laboratorio, etc.).

**Nota:** Algunos emisores podrán pedir más información u otros formularios para procesar la solicitud. Si considera que será necesario incluir más información u otros formularios, consulte el sitio web del emisor antes de enviar la solicitud por fax o correo.

**Nota:** Si el proveedor quiere que se lo llame directamente si falta información necesaria para procesar la solicitud, podrá incluir el número de teléfono del proveedor en el espacio al final del formulario. No se podrá considerar la llamada como un debate entre colegas en virtud del artículo 19.1710 del Título 28 del Código Administrativo de Texas (TAC). El debate entre colegas debe incluir, por lo menos, el motivo clínico de la decisión del agente de revisión de la utilización (URA) y la descripción de la documentación o las pruebas, de haberlas, que pueda presentar el proveedor que permita obtener, por apelación, otra decisión sobre la revisión de la utilización.

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA ESTÁNDAR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE TEXAS

## SECCIÓN I: PRESENTACIÓN

[Limpiar formulario](#)
[Imprimir](#)

Nombre del emisor:	Teléfono:	Fax:	Fecha:
--------------------	-----------	------	--------

## SECCIÓN II: INFORMACIÓN GENERAL

Tipo de revisión: <input type="checkbox"/> No urgente      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:	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			<input type="checkbox"/> Otro <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 NPI:	Especialidad:
Teléfono:	Fax:	Teléfono:	Fax:
Nombre de contacto:	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 DE CPT, CDT O HCPCS) Y DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARIOS (CON CÓDIGO DE ICD)

Servicio o procedimiento planificado	Código	Fecha de comienzo	Fecha de finalización	Descripción del diagnóstico (versión de ICD _____)	Código

<input type="checkbox"/> P. internado <input type="checkbox"/> P. externo <input type="checkbox"/> Consultorio del proveedor <input type="checkbox"/> Observación <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Día de cirugía <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Terapia del habla <input type="checkbox"/> Rehab. cardio. <input type="checkbox"/> Salud mental/Abuso de sustancias Cant. de sesiones: _____ Duración: _____ Frecuencia: _____ Otro: _____
<input type="checkbox"/> Atención médica en casa (¿Orden firmada por el médico adjunta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No)    (¿Evaluación de enfermería adjunta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No) Can. de visitas: _____ Duración: _____ Frecuencia: _____ Otro: _____
<input type="checkbox"/> DME (¿Orden firmada por el médico adjunta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No)    (Solo Medicaid: Certificación según el Título 19 adjunta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No) Equipo/Suministros (incluye cualquier código de HCPCS): _____ Duración: _____

## SECCIÓN VI: DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (LEA LAS INSTRUCCIONES, SECCIÓN VI)

Si el emisor necesita más información, puede llamar al proveedor que solicita la autorización directamente al: \_\_\_\_\_