

ESTA NO ES UNA APROBACIÓN. Después de validar que la información de este formulario es correcta, debe enviarlo por fax al 877-201-7302 o 970-254-5738 para enviar la solicitud de autorización previa con los registros médicos que lo fundamenten. No se emitirá ningún pago por servicios sin autorización previa.

Planes suscritos por Rocky Mountain HMO (RMHMO)



TIPO DE DOCUMENTO 1M

Solicitud de Autorización Previa

Fax de RMHP para todo el estado: 877-201-7302 o 970-254-5738

Nueva solicitud Solicitud de aprobación revisada #

Para garantizar que su solicitud previa al servicio se complete puntualmente, espere:

Medicaid — 10 días

Medicare — 14 días

CHP+ — 10 días

Commercial —15 días

Nombre del paciente: _____ ID del miembro N°: _____ - _____

Fecha de nacimiento: _____

Proveedor solicitante (por favor, el nombre completo): _____

Teléfono del proveedor N° _____ Fax del proveedor: _____

Proveedor que factura (por favor, el nombre completo): _____ Código de identificación tributaria N°: _____

Teléfono del proveedor que factura N° _____ Fax del proveedor N°: _____

Centro/consultorio donde se brindará el servicio: _____ Código de identificación tributaria N°: _____

Dirección y teléfono N°: _____

Contacto para notificación de la determinación: _____ Teléfono de contacto N°: _____

Servicios:

Cirugía con internación Observación Cirugía ambulatoria Consultorio Evaluación para trasplante Lista de trasplantes

Si es trasplante, ¿de qué órgano? _____

Fecha del servicio: _____

Código del diagnóstico: _____ Descripción del diagnóstico: _____

— No olvide adjuntar las notas clínicas a esta solicitud para evitar demoras en el procesamiento. —

Código de CPT/ HCPCS: _____ Nombre y cantidad: _____

Descripción de servicios: _____

Para medicamentos o suministros/ fórmulas de nutrición enteral únicamente: ¿Dónde retirará el miembro los artículos/ suministros?

Nombre de la farmacia: _____ Número de la tienda: _____

Dirección: _____

Teléfono N°: _____ Fax N°: _____

La autorización previa para los servicios indicados en este formulario sólo es para el período durante el cual el paciente siga siendo elegible en el plan de beneficios de salud actual del paciente o por un período más corto según lo especificado en este formulario. Rocky Mountain Health Plans no asume responsabilidad financiera por los servicios que se autoricen previamente si el paciente no es elegible en la fecha en que los servicios se suministran. Además, según lo permite la ley aplicable, esta autorización previa está sujeta a revisión concurrente en cuanto a la necesidad médica, idoneidad o eficacia, y cobertura de servicios suministrados; y está sujeta a los términos y condiciones de la Evidencia de cobertura del miembro, incluso, entre otros, las disposiciones sobre coordinación de beneficios, afecciones preexistentes y limitaciones, y todo acuerdo entre Rocky Mountain Health Plans y el proveedor de atención médica. La facturación de los servicios autorizados en este formulario está sujeta a las normas estandarizadas a nivel nacional para codificar y pagar servicios de salud según lo utilizado por Rocky Mountain Health Plans.

Aviso de confidencialidad:

Esta transmisión por fax (y/o documentos que la acompañen) puede contener información confidencial, de propiedad exclusiva y privilegiada. Esta información sólo es para el uso de la persona o personas indicadas arriba. Se prohíbe toda revisión, uso, divulgación o distribución no autorizados. Si ha recibido esta transmisión por error o no puede identificar al destinatario para los fines de distribución, notifique de inmediato a RMHP al 800-854-4558.