

# Formulario de solicitud de autorización



**ASPIRE HEALTH PLAN**

10 Ragsdale Dr., Ste. 101, Monterey, CA 93940

(855) 570-1600 Número Telefónico

**(831) 657-2669** Número de fax

Fecha de la solicitud	Nombre del remitente	Número telefónico del remitente	Número de fax del remitente
-----------------------	----------------------	---------------------------------	-----------------------------

## Información del proveedor

Médico de atención primaria	Nombre del médico que deriva	Nombre del proveedor solicitado
-----------------------------	------------------------------	---------------------------------

## Identificación del paciente

Apellido	Nombre		
Dirección	Ciudad	Estado	
Número Telefónico	Fecha de nacimiento	Número de ID	

## Servicio / Procedimiento / Ubicación solicitado

Tipo del servicio			
<input type="checkbox"/> Oficina	<input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio	<input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado (LOS anticipado _____)	
Nombre de la instalación (lugar del procedimiento)		<input type="checkbox"/> En la red	<input type="checkbox"/> Fuera de la red
Fecha del procedimiento (favor de proporcionar una fecha "tentativa" si el procedimiento aún no está programado)			
Descripción del diagnóstico			
Códigos de diagnósticos			
Descripción del servicio / procedimiento			
Códigos CPT / HCPCS			

## Solo para solicitudes de terapia física, ocupacional y del habla

Número de visitas solicitadas	Fecha de la visita inicial	Fecha de la visita inicial
-------------------------------	----------------------------	----------------------------

Nota: Esta autorización es exclusiva de una instalación o proveedor Fuera de la Red y/o No Contratado, salvo que se autorice específicamente.

Con el propósito de procesar su solicitud lo antes posible, se debe incluir la información clínica (notas de expedientes, estudios diagnósticos, etc.) con esta solicitud. Para solicitudes de medicina física, incluya una copia de la evaluación inicial, el plan de tratamiento, las notas de avance legibles y la documentación de cumplimiento con el programa de ejercicios en casa prescritos.

Version 20181030