arizona complete health
Complete Care Plan

HOSPITALIZACIÓN DE AHCCCS
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA DE MEDICAID PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Solicitudes estándar: **Fax** 855-764-8513
Solicitudes de salud del comportamiento: **Fax** 844-918-1192

☐ **Solicitudes estándar- Determinación dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de toda la información necesaria.**

☐ **Solicitud acelerada (urgente)-Certifico que esta solicitud es urgente y médicamente necesaria para tratar una lesión, enfermedad o condición (que no pone en riesgo la vida) dentro de las 72 horas a fin de evitar complicaciones y sufrimiento innecesario o dolor intenso. Todas las estadías como paciente hospitalizado, incluidos los pacientes ya admitidos, los pacientes de la sala de emergencias con órdenes de admisión y las admisiones directas).**

☑ **Solicitudes concurrentes- Determinación dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud. No se aplica la condición de observación, ya que esta tiene como fin el monitoreo y la evaluación a corto plazo para determinar si un paciente requiere admisión hospitalaria o si se le puede dar el alta de forma segura.**

***Indica un campo obligatorio**

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

*Id. del AHCCCS/de afiliado

Apellido, nombre

*Fecha de nacimiento (MMDDYYYY)

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR SOLICITANTE

Identificador nacional del proveedor (NPI) del proveedor solicitante

*Número de identificación fiscal (TIN) del proveedor solicitante

Nombre de contacto del proveedor solicitante

Nombre del proveedor solicitante

Teléfono

*Fax

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR O CENTRO QUE PRESTARÁ LOS SERVICIOS

↳ ☐ Igual que el proveedor solicitante

*Identificador nacional del proveedor (NPI) del proveedor solicitante

*Número de identificación fiscal (TIN) del proveedor solicitante

Nombre de contacto del proveedor solicitante

NPI del prestador de servicios

Teléfono

Fax

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

*Código del **procedimiento principal** (CPT/HCPCS) (Modificador)

Código de procedimiento **adicional** (CPT/HCPCS) (Modificador)

***Fecha de inicio** O fecha de ingreso (MMDDYYYY)

*Código de diagnóstico (ICD-10)

Código de procedimiento adicional (CPT/HCPCS) (Modificador)

Código de procedimiento adicional (CPT/HCPCS) (Modificador)

Fecha del alta (si corresponde); de lo contrario, la duración de la estadía se determinará según la necesidad médica (MMDDYYYY)

Código del diagnóstico adicional (ICD-10)

***TIPO DE SERVICIO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS** (Escriba el número del tipo de servicio en las casillas)

490 Bebé en espera de una ubicación alternativa
779 Parto por cesárea
121 Atención aguda a largo plazo
970 Servicios médicos
300 Recién nacido
414 Trabajo de parto prematuro o falso trabajo de parto
427 Rehabilitación
402 Centro de enfermería especializada 492 Atención subaguda
411 Servicios quirúrgicos
992 Trasplante
720 Parto vaginal

SALUD DEL COMPORTAMIENTO

524 Atención aguda para la salud del comportamiento
525 BH BHIF-RTC
492 Atención subaguda

TODOS LOS CAMPOS OBLIGATORIOS DEBEN COMPLETARSE, YA QUE SE RECHAZARÁN LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS.
SE DEBEN ADJUNTAR COPIAS DE TODA LA INFORMACIÓN CLÍNICA DE RESPALDO.
SI NO SE PRESENTA DICHA INFORMACIÓN CLÍNICA, LA DETERMINACIÓN SE PUEDE RETRASAR.

Exención de responsabilidad: La autorización no garantiza el pago. El afiliado debe cumplir los requisitos de elegibilidad en el momento en que se presten los servicios. Los servicios deben ser un beneficio cubierto por el plan de salud y ser médicamente necesarios, y deben contar con autorización previa de acuerdo con las políticas y los procedimientos del plan.

Confidencialidad: La información que se incluye en esta transmisión es confidencial y puede estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996. Si usted no es el destinatario previsto, se prohíbe estrictamente cualquier uso, distribución o copia. Si recibió este fax por error, notifíquenos de inmediato y destruya este documento.

Rev. 01 14 2021
XZ-PAF-1125