

Medicare Advantage

Formulario de autorización de atención domiciliaria



IMPORTANTE

- Las reclamaciones presentadas para estos beneficios están sujetas a máximos de por vida y a las deducciones, coseguros o disposiciones aplicables, según se especifica en el contrato del afiliado. Los beneficios emitidos para los servicios solicitados se restarán del beneficio máximo de por vida del afiliado. La aprobación de beneficios está sujeta a las siguientes condiciones: a) el número de identificación del afiliado es efectivo en el momento en que se prestan los servicios, b) los beneficios solicitados están disponibles bajo el contrato del afiliado, c) los beneficios de por vida no se han agotado.
- Comuníquese con el área de servicio del proveedor correspondiente para verificar la elegibilidad y los beneficios del afiliado para los servicios solicitados.
- El pago de la reclamación por servicios aprobados no indica el pago por servicios futuros. Todas las reclamaciones futuras serán evaluadas de acuerdo con las condiciones de aprobación de beneficios antes mencionadas y el proceso de revisión de la Administración del Uso de CareFirst Medicare Advantage.
- Si tiene alguna pregunta sobre el alcance de esta autorización, llame al 800-334-3427 ext. 4402. Las llamadas se devolverán dentro de un día hábil.

Proveedores participantes: para iniciar una solicitud y controlar el estado de su solicitud, visite CareFirst Direct en carefirst.com. Envíe por fax el formulario completo al 443-753-2343.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Proveedor de atención domiciliaria	Número de teléfono del proveedor	Nombre de contacto de la agencia
Dirección del proveedor de atención domiciliaria	Número de fax del proveedor	Fecha de inicio de la atención (SOC)
	Número de identificación del proveedor	Fecha de la solicitud
	Dirección de Correo Electrónico	

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE REFERENCIA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Proveedor de atención domiciliaria	Número de teléfono del proveedor	Nombre de contacto de la agencia
Dirección del proveedor de atención domiciliaria	Número de fax del proveedor	Fecha de inicio de la atención (SOC)
	Número de identificación del proveedor	Fecha de la solicitud
	Dirección de Correo Electrónico	

INFORMACIÓN DEL AFILIADO/PACIENTE

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo	Fecha de nacimiento
Dirección (calle, apartamento o número de casilla), ciudad		Estado		Código postal
Número de grupo de afiliados		Número de identificación de afiliado con prefijo		
Lugar de hospitalización		Fecha de admisión al hospital	Fecha de alta hospitalaria	
Nombre y dirección completa del médico a cargo				
Código(s) de Diagnóstico (ICD-10)		En el hogar		

INFORMACIÓN DEL AFILIADO/PACIENTE

Servicios solicitados (incluya el número de visitas por día/semana/mes)	
Enfermería especializada (SN)	Trabajador social médico (MSW)
Fisioterapia (PT)	Asistente de salud en el hogar (HHA)
Nutricionista	Terapia ocupacional (OT)
Terapia del Lenguaje	Cuidados de enfermería privada (PDN) Horas al día _____
Presencia de herida Sí No	Cuidador o afiliado instruido en el cuidado de heridas
Ubicación _____	Sí No
*En caso afirmativo, debe completar	
1. Mediciones: _____ Largo _____ Ancho _____ Profundidad	¿Cierre de la herida asistido por vacío (VAC)?
2. Mediciones: _____ Largo _____ Ancho _____ Profundidad	Sí No
Presencia de tunelización Sí No	
Drenaje _____ Color _____ Olor _____ Cantidad _____	

SOLO PARA USO INTERNO DE OFICINAS

Número de autorización y fecha	Enfermería especializada (SN) _____	Fisioterapia (PT) _____	Terapia ocupacional (OT) _____
	Trabajador social médico (MSW) _____	Asistente de salud en el hogar (HHA) _____	
	Patología del habla/lenguaje (SLP) _____	Otro _____	