

Pretratamiento ambulatorio de Medicare Advantage

Solicitud del programa de autorización (OPAP)



INSTRUCCIONES			
Proveedores Participantes: para iniciar una solicitud y controlar el estado de su solicitud, visite CareFirst Direct en carefirst.com . Imprima y complete todo el formulario. Envíe el formulario por fax al 443-753-2346.			
Marque todas las opciones que correspondan:			
Fisioterapia (PT)	Terapia ocupacional (OT)	Terapia del Lenguaje (ST)	
INFORMACION DEL CASO			
Nombre del paciente (apellido, nombre)		Número de identificación del afiliado suscriptor	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /	Sexo Masculino Femenino	Número de visitas	Fecha del servicio (mm/dd/aaaa): Desde: / / al / /
Código(s) de Diagnóstico (ICD-10) Primario		Secundario	
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE BRINDA LOS SERVICIOS PT/OT/ST			
Practicante que provee los servicios		Número de identificación del proveedor regional de Medicare Advantage (número de identificación fiscal si no es participante)	
Nombre del consultorio/centro		Dirección del practicante	
Ciudad	Estado	Código postal	Entorno de tratamiento Consultorio Centro de Atención Ambulatoria
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE BRINDA LOS SERVICIOS PT/OT/ST			
Practicante que deriva		Número de identificación del proveedor regional de Medicare Advantage (número de identificación fiscal si no es participante)	
Nombre del consultorio/centro		Dirección del practicante	
Ciudad	Estado	Código postal	Entorno de tratamiento Consultorio Centro de Atención Ambulatoria
INFORMACIÓN DEL CONTACTO			
Nombre del consultorio		Número de teléfono del consultorio y extensión (incluido el código de área)	
Dirección de Correo Electrónico		N.º de identificación fiscal	
Número de fax del consultorio			
EXTENSIÓN DE AUTORIZACIÓN (SI CORRESPONDE)			
Número de la autorización anterior		Acción solicitada Extender la fecha de finalización Agregar visitas	
Comentarios adicionales			
RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD			
La aprobación anterior se basa en el número de visitas recomendadas para el diagnóstico indicado. Si se requieren visitas adicionales, complete y envíe un formulario de autorización por separado que indique objetivos medibles a corto y largo plazo para el afiliado. Antes de prestar el servicio autorizado, el médico debe verificar la elegibilidad y los beneficios del afiliado con CareFirst (consulte la página 2 para obtener instrucciones). Si los beneficios del paciente no están cubiertos en la fecha en que se presta el servicio autorizado, no se reembolsará.			

SOLO PARA USO DE CAREFIRST

Visitas autorizadas _____

Fisioterapia (PT)

Terapia del Lenguaje (ST)

Terapia ocupacional (OT)

Número de autorización del Plan de autorización pretratamiento para pacientes ambulatorios (OPAP) _____

No se requiere autorización previa

Comentarios OPAP

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA COMPLETAR FORMULARIOS DE SOLICITUD

1. Proveedores Participantes: para iniciar una solicitud y controlar el estado de su solicitud, visite CareFirst Direct en carefirst.com.
2. Instrucciones generales
 - Típee o imprima el formulario de forma legible y complételo en su totalidad. Indique N/A en los bloques que no son aplicables.
 - El número de visitas y el rango de fechas de servicio deben coincidir con los indicados en el formulario de reclamación. (Por ejemplo, no se puede exagerar el número de visitas. Una visita no debe ocurrir fuera del rango aprobado para las fechas de servicio). Si la reclamación no coincide con la autorización, el procesamiento de reclamaciones puede retrasarse y/o la reclamación puede ser denegada.
 - Para solicitar formularios adicionales, llame al 410-998-4667. Utilice su número de identificación de proveedor para solicitar el número de formulario que se indica en la parte inferior de la primera página.
3. Envíe los formularios completos por fax al 443-753-2346 dentro de los cinco días posteriores a la evaluación inicial. Las demoras pueden causar una denegación o reducción en el pago de las reclamaciones. No envíe páginas adicionales a menos que se lo soliciten. Una vez procesada, se le enviará su autorización OPAP por fax. No se requiere autorización previa para las primeras 12 visitas.

Asegúrese de verificar la elegibilidad y los beneficios del paciente. La nota de autorización está sujeta a necesidad médica. Los proveedores deben estar familiarizados con nuestras políticas médicas en lo que respecta a la fisioterapia (PT), la terapia ocupacional (OT) y la terapia del lenguaje (ST). Las políticas médicas están disponibles en "Programas/Servicios" en carefirst.com.