



25 de junio de 2019

**A TODOS LOS PROVEEDORES MÉDICOS, HOSPITALARIOS Y DE SERVICIOS ANCILARES  
NUEVO FORMULARIO DE PREAUTORIZACIÓN EFECTIVO EL 1 DE JULIO DE 2019**

Estimado(a) proveedor(a):

En el Plan de Salud Menonita – Vital, nuestro compromiso es trabajar con usted de manera integrada y coordinada para un mejor manejo de los pacientes que atendemos en conjunto. Como ente facilitador, es nuestra responsabilidad proveerle toda la información necesaria y relevante para sus futuras intervenciones con los pacientes al momento en que llegan a su oficina para recibir su evaluación de salud.

En esta ocasión, le informamos que la Administración de Seguros de Salud (ASES) ha implementado un formulario estandarizado con el fin de que todas las aseguradoras utilicen la misma hoja al momento de someter sus preautorizaciones. Junto a esta comunicación incluimos el formulario estandarizado que deben comenzar a usar a partir del 1 de julio de 2019.

Es importante recordar que las preautorizaciones del Plan de Salud Menonita deben ser sometidas a través de los siguientes números de fax según corresponda:

	Fax
Manejo de Códigos J	1-844-900-4522
Preautorizaciones Clínicas	787-332-0921

Como siempre, contamos con su colaboración. Nos mantenemos a su orden para clarificar cualquier duda o pregunta.

Centro de Servicio al Proveedor  
1-855-297-0140 (libre de cargos)  
lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.  
<http://psmconnet.psmpr.com>

Cordialmente,

Glorymar Santiago Alicea, PharmD  
Directora del Departamento de Farmacia

Gregorio A. Cortés Soto, MD  
Principal Oficial Médico

FORMULARIO DE PREAUTORIZACIONES



SECCION I INFORMACION DEL BENEFICIARIO											
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE		INICIAL		NUMERO DE CONTRATO		FECHA DE CUBIERTA MES / DIA / AÑO	
TIENE OTRO SEGURO MEDICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE DEL SEGURO		NUMERO DE CONTRATO DEL OTRO SEGURO		FECHA DE EFECTIVIDAD MES / DIA / AÑO		GRUPO MEDICO			
GENERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		FECHA DE NACIMIENTO MES / DIA / AÑO		EDAD		NUMERO DE TELEFONO O CELULAR		NUMERO ALTERNO		NUMERO DE FAX	
DIRECCION FISICA				MUNICIPIO		ZIP CODE		CORREO ELECTRONICO			
DIRECCION POSTAL				MUNICIPIO		ZIP CODE		FIRMA DEL PACIENTE			
SECCION II INFORMACION DEL PROVEEDOR QUE SOLICITA											
NOMBRE DEL PROVEEDOR (En letra de molde)			NUMERO DE LICENCIA		NPI		ESPECIALIDAD		TELEFONO OFICINA		
FIRMA DEL PROVEEDOR			CORREO ELECTRONICO		FECHA DE EMISION DEL REFERIDO MES / DIA / AÑO		CELULAR DE MEDICO		FAX DE MEDICO		
SECCION III SERVICIO A SOLICITAR											
VOR DE INDICAR LOS CODIGOS DE DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS JUNTO A SU DESCRIPCION POR EL CUAL SOLICITA LOS SERVICIOS						FAVOR DE SELECCIONAR LUGAR DE SERVICIO					
CODIGO DE DIAGNOSTICO		DESCRIPCION		CODIGO CPT / HCPC		DESCRIPCION		INTRAHOSPITALARIO <input type="checkbox"/> CIRUGIA <input type="checkbox"/> ADMISION <input type="checkbox"/> OTROS _____			
1- [ ]				1- [ ]				AMBULATORIO LUGAR: <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> CENTRO AMBULATORIO <input type="checkbox"/> HOSPITAL  Favor de seleccionar servicio <input type="checkbox"/> PROC. QUIRURGICO <input type="checkbox"/> PROC. DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> OTROS _____			
2- [ ]				2- [ ]							
3- [ ]				3- [ ]							
4- [ ]				4- [ ]							
OTROS (favor de especificar)						SERVICIO EN EL HOGAR (favor de indicar servicio, cantidad y fecha)					
						<input type="checkbox"/> DME <input type="checkbox"/> TRANSPORTE					
SECCION IV INFORMACION CLINICA											
Resumen breve de la necesidad médica de lo solicitado:											
Estudios realizados y resultados que respalden la solicitud (favor de enviar documentos, orden médica, examen físico, resultados de laboratorio junto a la solicitud de preautorización):											
INFORMACION DEL PROVEEDOR O FACILIDAD QUE BRINDARA LOS SERVICIOS											
NOMBRE DEL PROVEEDOR O FACILIDAD (En letra de molde)				NPI		TELEFONO DEL PROVEEDOR / FACILIDAD					
FIRMA DEL PROVEEDOR				FECHA FIRMA		FECHA DE SERVICIO DESDE MES / DIA / AÑO		FECHA DE SERVICIO HASTA MES / DIA / AÑO			

\*\*Definición de la solicitud de servicios Expedito/Urgente, es cuando la vida o la salud del beneficiario podrían verse en peligro por un retraso en el acceso al tratamiento o servicio solicitado. Las solicitudes fuera de esta definición se deben clasificar bajo Electivo/No Urgente. Cualquier presentación incompleta puede ser devuelta sin previo aviso.