

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA SERVICIO

Por favor, envíe las notas de consulta con este formulario
Fax: (949) 850-2542 | Correo electrónico: um@championpayer.com

El uso de este formulario es opcional. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Champion Health Plan al 1-800-885-8000 | TTY 711 para solicitar verbalmente un servicio y/o una remisión.

Fecha: _____

Tipo de solicitud: Urgente (acelerada) Estándar

1 Nombre del paciente: _____ N.º de teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____
N.º de Id. del paciente: _____ Masculino Femenino
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Padre/Tutor legal: _____ N.º de teléfono: _____
Remisión para: _____ Especialidad: _____

2 Nefrólogo: _____ N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

3 Servicio solicitado: _____

ADJUNTOS:
 Laboratorio
 Radiografía
 Otro

Para DME, terapia, HHC, indique la duración y la frecuencia: _____

RECOMENDACIÓN MÉDICA PARA CIRUGÍA/PROCEDIMIENTOS COMO PACIENTE HOSPITALIZADO/PACIENTE AMBULATORIO:

SERVICIOS/PRUEBA COMO PACIENTE HOSPITALIZADO PACIENTE AMBULATORIO
 SERVICIOS/PRUEBA DE DIAGNÓSTICO

4 Centro: _____

Anestesia Sí NO Cirugía Sí NO

Fecha de admisión: _____ Hora: _____

Duración estimada de la estadía: _____

Accidente laboral Sí NO

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Champion Health Plan al 1-800-885-8000 | TTY 711, de lunes a viernes, 8 a. m. a 8 p. m. o visite championhmo.com.

SOLO PARA USO DEL PLAN

ICD-10: _____

CPT/HCPCS: _____

Dx: _____

CPT/HCPCS: _____

CPT/HCPCS: _____

CPT/HCPCS: _____