



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN DE PRUEBAS DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANOS Y PERIÓDICOS (EPSDT) PARA OPTUM IDAHO**

Fecha de recepción:	Autorizado: S N	Número de preautorización:
---------------------	-----------------	----------------------------

**PASO 1: Proporcione información sobre el participante de Medicaid para el que está solicitando servicios.**

Información sobre el participante de Medicaid		
Nombre:	Apellido:	
ID de Medicaid:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Estoy solicitando los servicios que se indican a continuación, que exceden las limitaciones de beneficios de Medicaid estándar.		
Nombre del padre, madre, tutor o participante:	Firma:	
Dirección de correo electrónico:	Fecha:	

**PASO 2: Soy el médico habitual del niño O el médico especialista que está refiriendo al niño para los servicios y he firmado mi aprobación a continuación para los servicios solicitados en el paso 3.**

Información sobre el proveedor de cuidado primario o médico especialista que otorga la referencia		
Nombre del proveedor:	Persona de contacto:	
Número de proveedor o identificador nacional de proveedor (NPI):	Fax:	Teléfono:

**Marque las casillas apropiadas y firme su autorización.**

- Soy el médico especialista que otorga la referencia (coordinaré estos servicios con el proveedor de cuidado primario).
- Soy el proveedor de cuidado primario.
- Examiné al niño mencionado en el paso 1 de este formulario o revisé su registro médico en la fecha: \_\_\_\_\_
- Confirmando que estoy solicitando los servicios enumerados en el paso 3 de este formulario.
- Confirmando que mis respuestas a las preguntas de este formulario respaldan mi determinación de que los servicios solicitados son médicamente necesarios para corregir o mejorar defectos de enfermedades físicas o mentales, o condiciones descubiertas por los servicios de detección.

Firma

Fecha

**PASO 3: Díganos qué tipo de servicios está solicitando y proporcione la documentación enumerada para el servicio.**

**Identificación de servicios**

**Servicio para la salud del comportamiento para pacientes ambulatorios solicitado:**

Presente esta solicitud **JUNTO** con documentación clínica suficiente que fundamente la necesidad médica de la solicitud. Para realizar la revisión, necesitamos recibir la información y el estado específico del miembro, en vez de información general. Si Optum necesita información adicional para tomar una determinación, nos comunicaremos con usted.

- Describa las necesidades evaluadas específicas del miembro que requieren el servicio solicitado Y cómo el servicio mantendrá, corregirá o mejorará la condición del niño.
- Documente el nombre y un resumen descriptivo de los servicios solicitados y la formación necesaria del proveedor para estos servicios.
- En relación con el miembro, describa las metas y los objetivos que se tratarán con el servicio solicitado, junto con el resultado previsto del servicio.
- ¿Cuáles son las fechas de servicio solicitadas, la frecuencia y la duración de este servicio? (Nota: la fecha de los servicios no se retrotraerá a la fecha de aprobación).
- Describa las metas y los objetivos específicos que **NO SE PUEDEN** alcanzar sin este servicio.
- Proporcione una lista de los servicios para la salud del comportamiento que el miembro está recibiendo **actualmente**, junto con los nombres y los títulos de estos proveedores.
- Proporcione una lista de otros servicios especializados de Medicaid que este miembro recibe, tales como Servicios del Programa de Exención para Discapacidades del Desarrollo, servicios para el cuidado personal, etc.
- Si el miembro ha recibido **cuidado a nivel residencial o para pacientes hospitalizados** para sus necesidades de salud del comportamiento en los últimos 6 meses, proporcione esta información, y presente la información del informe del alta que incluya las recomendaciones del alta.
- Presente la fecha de evaluación psiquiátrica más reciente y las recomendaciones que se hayan hecho en los últimos 6 meses.
- Presente la evaluación o actualización de diagnóstico integral más reciente para este miembro.
- Presente otros registros de tratamiento utilizados para determinar la necesidad que tiene el miembro del servicio que usted está solicitando, entre ellos: informes de progreso, evaluaciones psiquiátricas y evaluaciones psicológicas, de enfermería especializada o de otro tipo.

Si necesita ayuda para obtener cualquier servicio médicamente necesario para un niño de hasta 21 años, comuníquese con la Línea para Proveedores de Optum al (855) 202-0983 y presione la opción “1” para hablar con el Departamento Clínico o por correo electrónico a [optumidaho\\_EPSDT@Optum.com](mailto:optumidaho_EPSDT@Optum.com).

**PASO 4: Si ha identificado un proveedor de Medicaid que prestará los servicios adicionales que usted está solicitando, proporcione la información de ese proveedor en la siguiente sección.**

**Información sobre el proveedor de Medicaid**

Nombre del proveedor:		Número de proveedor o identificador nacional de proveedor (NPI):	
Fecha:	Teléfono:	Fax:	
Dirección de correo electrónico:			

**PASO 5: Envíe este formulario y la documentación correspondiente a los servicios a Optum Idaho por correo electrónico a [optumidaho\\_EPSDT@Optum.com](mailto:optumidaho_EPSDT@Optum.com) o por fax al (855) 844-7042.**