

Outpatient Authorization Form Continued

This page is optional and meant to be used when a request exceeds more than four (4) Procedure Codes.

* INDICATES REQUIRED FIELD

MEMBER INFORMATION

* Medicaid/Member ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Last Name, First

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Date of Birth (MMDDYYYY)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AUTHORIZATION REQUEST

*Additional Procedure Code

--	--	--	--	--	--

*Start Date OR Admission Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*End Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Total Units/Visits/Days

--	--	--	--	--	--

Additional Procedure Code

--	--	--	--	--	--

Start Date OR Admission Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

End Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Total Units/Visits/Days

--	--	--	--	--	--

Additional Procedure Code

--	--	--	--	--	--

Start Date OR Admission Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

End Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Total Units/Visits/Days

--	--	--	--	--	--

Additional Procedure Code

--	--	--	--	--	--

Start Date OR Admission Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

End Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Total Units/Visits/Days

--	--	--	--	--	--

Additional Procedure Code

--	--	--	--	--	--

Start Date OR Admission Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

End Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Total Units/Visits/Days

--	--	--	--	--	--

Additional Procedure Code

--	--	--	--	--	--

Start Date OR Admission Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

End Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Total Units/Visits/Days

--	--	--	--	--	--

Additional Procedure Code

--	--	--	--	--	--

Start Date OR Admission Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

End Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Total Units/Visits/Days

--	--	--	--	--	--

Additional Procedure Code

--	--	--	--	--	--

Start Date OR Admission Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

End Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Total Units/Visits/Days

--	--	--	--	--	--

Additional Procedure Code

--	--	--	--	--	--

Start Date OR Admission Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

End Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Total Units/Visits/Days

--	--	--	--	--	--

Additional Procedure Code

--	--	--	--	--	--

Start Date OR Admission Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

End Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Total Units/Visits/Days

--	--	--	--	--	--

Disclaimer: An authorization is not a guarantee of payment. Member must be eligible at the time services are rendered. Services must be a covered Health Plan Benefit and medically necessary with prior authorization as per Plan policy and procedures.
Confidentiality: The information contained in this transmission is confidential and may be protected under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. If you are not the intended recipient any use, distribution, or copying is strictly prohibited. If you have received this facsimile in error, please notify us immediately and destroy this document.