



FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA (CMN) DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD PARA LOS ASISTENTES DE TRANSPORTACIÓN

(Los proveedores de servicios de salud deben completar este formulario para los asegurados de 18 años de edad y mayores que solicitan un asistente de 18 años de edad o mayor).

FAX: (866) 402-0522
TELÉFONO: (866) 400-8233
TTY: (866) 288-3133

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO			INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD		
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Sexo: M F	Edad:	N.º de Id. de BCBSNM Centennial:	N.º del Programa Medicaid:	N.º de teléfono:
Nombre del paciente o asegurado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):			Nombre y dirección del proveedor de servicios de salud:		
Si el asistente es médicamente necesario, por favor continúe llenando el siguiente formulario.			Si el asistente NO es médicamente necesario, por favor complete este cuadro y devuelva el formulario por fax al 866-402-0522.		
			____ El asistente no es médicamente necesario.*		
			Fecha: _____		
			Firma: _____		
* De acuerdo con la Regulación 8.324.7 I. de NMAC, si el asistente no es médicamente necesario, el asegurado no podrá llevar a un acompañante en el recorrido.					
NIVEL DE SERVICIO REQUERIDO POR EL ASEGURADO Y ORDENADO POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD					
Asistente médicamente necesario _____					
Ambulatorio + Asistente de atención personal		<input type="radio"/>	Transportación con silla de ruedas		<input checked="" type="radio"/>
Silla de ruedas + Asistente de atención personal		<input type="radio"/>	Ancho de la silla: _____		
Equipo médico necesario		Criterio de necesidad médica _____			
<input type="checkbox"/> Supervisión y succión de las vías respiratorias <input type="checkbox"/> Oxígeno <input type="checkbox"/> Dependiente de ventilador <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Confinado a una cama <input type="checkbox"/> Historial de parálisis existente/CA <input type="checkbox"/> Úlceras de decúbito/no se puede sentar de forma segura <input type="checkbox"/> Precauciones para la cadera/piernas/espalda		<input type="checkbox"/> Contracturas <input type="checkbox"/> Confundido/letárgico/comatoso No se puede sostener por sí mismo mientras está sentado en una silla de ruedas durante su transportación <input type="checkbox"/> Otro	
Escriba un resumen del historial médico del asegurado, incluyendo los exámenes físicos, resultados de laboratorio y medicamentos con receta, estableciendo la necesidad médica para el nivel de servicio indicado. (Puede adjuntar documentación adicional, si es necesario).					
Duración estimada del nivel de servicio (marque una opción): <input type="radio"/> 90 días <input type="radio"/> 180 días <input checked="" type="radio"/> Otro:					