



**FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA (MNF)  
DEL PROVEEDOR PARA TRANSPORTE/REEMBOLSO DE MILLAJE  
POR MÁS DE 120 MILLAS**

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

INFORMACIÓN DEL(DE LA) AFILIADO(A)			INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO		
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad:	N.º de identificación de afiliado(a):	N.º de Medicaid:	N.º de teléfono:
Nombre del(de la) paciente/afiliado(a) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):			Nombre y dirección del proveedor médico que refiere:		
Nombre y dirección del proveedor médico:			<b>Si el transporte NO es médicamente necesario, llene este recuadro y envíe el formulario por fax al (866) 402-0522.</b>  ____ El transporte no es médicamente necesario.*  Fecha: _____ Firma: _____		
<b>Si el transporte es médicamente necesario, continúe completando este formulario a continuación.</b>			* De conformidad con la normativa NMAC 8.310.2.12(L)(12)(b), si el transporte no es médicamente necesario, el(la) afiliado(a) no podrá programar el transporte.		
REQUERIDO POR EL(LA) AFILIADO(A) Y APROBADO POR EL PROVEEDOR MÉDICO					
<b><u>Médicamente necesario</u></b>					
<input type="checkbox"/> 120 Millas					
Proporcione una justificación de la necesidad médica para el transporte a más de 120 millas fuera de la comunidad de residencia. Resuma la historia clínica del(de la) afiliado(a), incluyendo exámenes físicos, resultados de laboratorio y recetas, estableciendo la necesidad médica para el nivel de servicio prescrito. (Se puede adjuntar documentación adicional si es necesario.)					
_____ _____ _____ _____					
Duración estimada del nivel de servicio (marque una opción): <input type="checkbox"/> 12 Meses <input type="checkbox"/> Otra:					

Esta certificación solo puede ser completada y firmada por el médico tratante, el asistente médico o el enfermero(a) practicante certificado del(de la) afiliado(a) para confirmar un nivel de servicio médicamente necesario.

Proporcionar información falsa a sabiendas en esta certificación puede constituir un fraude y puede impedir que el(la) paciente/afiliado(a) reciba más servicios de transporte. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Asistencia de ModivCare al **(866) 400-8233**.

*Certifico que, según mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera, precisa y completa, y que el nivel de servicio requerido para el transporte del(de la) paciente/afiliado(a) es médicamente necesario para la salud del(de la) paciente/afiliado(a).*

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Envíe el formulario  
completado por fax al:

(866) 402-0522

Envíe el formulario  
completo por correo a:  
(Si lo envía por correo,  
espere entre 7 y 10 días  
para su procesamiento.)

Facility Department  
2602 S. 47<sup>th</sup> Street, Suite 100  
Phoenix, AZ 85034