



## 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:<br>____/____/____                                                                                                                                                                                                                                        | Sexo:<br>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:                                                                                                                                                                         |                            |                       |
| <b>Si el asistente es médicamente necesario, por favor continúe llenando el siguiente formulario.</b>                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Si el asistente NO es médicamente necesario, por favor complete este cuadro y devuelva el por formulario fax al 866-402-0522.</b><br>____ El asistente no es médicamente necesario.*<br><br>Fecha: _____<br><br>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.                                                                  |                            |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                       |
| <b>NIVEL DE SERVICIO REQUERIDO POR EL ASEGURADO Y ORDENADO POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD</b>                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                       |
| <b>Asistente médicamente necesario</b>                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                       |
| Ambulatorio + Asistente de atención personal                                                                                                                                                                                                                                  |                   | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Transportación con silla de ruedas                                                                                                                                                                                              |                            | <input type="radio"/> |
| Silla de ruedas + Asistente de atención personal                                                                                                                                                                                                                              |                   | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Ancho de la silla: _____                                                                                                                                                                                                        |                            |                       |
| <b>Equipo médico necesario</b>                                                                                                                                                                                                                                                |                   | <b>Criterio de necesidad médica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                       |
| ____ Supervisión y succión de las vías respiratorias<br>____ Oxígeno<br>____ Dependiente de ventilador<br>____ Otro                                                                                                                                                           |                   | ____ Confinado a una cama<br>____ Historial de parálisis existente/CA<br>____ Úlceras de decúbito/no se puede sentar de forma segura<br>____ Precauciones para la cadera/piernas/espalda<br>____ Contracturas<br>____ Confundido/letárgico/comatoso No se puede sostener por sí mismo mientras está sentado en una silla de ruedas durante su transportación<br>____ 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 type="radio"/> Otro: _____                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                       |