



Guía del Formulario para Transporte Especializado

Consejos sobre cómo usar el formulario nuevo

Volumen 1.0 // 17 de agosto de 2018

Acerca de este formulario

El formulario de transporte especializado se utilizará como formulario único para necesidades médicas especiales. Si necesita un modo alternativo de transporte médico, certificación de proveedor más cercano o una solicitud de acompañante, utilice este formulario como se explica a continuación.

Cómo usar el formulario

Para una **anulación de modo médicamente apropiado** — por favor, complete **1. Nombre, 2. MID, 3. Fecha de Nacimiento, y 4. La Sección de Necesidades de Transporte**, seleccionando cuál modo necesitan y la razón médica del porqué no pueden usar el Reembolso de Millas o el Transporte Público para las citas médicas.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Por favor, marque las casillas a continuación que apliquen al tipo de transporte solicitado		
<input type="checkbox"/> Fuera del Estado <input type="checkbox"/> En el estado <input type="checkbox"/> Hospital/Proveedor en la frontera <input type="checkbox"/> Mayor nivel de servicio que el transporte público		
1	Nombre del miembro:	2
		Número de identificación de Medicaid:
3	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA):	Edad:
		Número de teléfono válido:
	Dirección de recogida:	Dirección de destino:
	Fecha del traslado:	Hora del traslado (si la sabe):
		Detalles del traslado: <input type="checkbox"/> Solo ida <input type="checkbox"/> Ida y vuelta
4	Requerimientos de transporte:	Información de elegibilidad/autorización
		Sí NO
	<input type="checkbox"/> El paciente NO puede utilizar transporte público debido a una condición médica	Servicio cubierto Medicaid <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> El paciente está médicamente INCAPACITADO para caminar 4 cuadras	Médicamente necesario/apropiado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> El paciente está médicamente INCAPACITADO para ser llevado por un amigo/familiar	Notificación hecha a: (Nombre de ASO): _____
	<input type="checkbox"/> El paciente está médicamente CAPACITADO para utilizar transporte público	El servicio que el paciente requiere no está disponible en el área <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> El paciente requiere un vehículo para silla de ruedas	Se requiere aprobación del Departamento de Seguro Social <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> El paciente requiere un vehículo para camilla	Paciente referido al proveedor más cercano disponible para su condición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> El paciente requiere un vehículo Sedan	
	<input type="checkbox"/> El paciente necesita acompañante para entrenamiento/participación en la atención médica	Información Adicional:
	<input type="checkbox"/> Sin carga múltiple/inmunosuprimido	
	<input type="checkbox"/> Otras restricciones de carga múltiple: _____	

Para una **anulación de verificación de proveedor más cercano** — por favor, complete: **Nombre, MID, Fecha de Nacimiento**, y en la página 2 complete el **número 5. Sección de la Institución Receptora**, que incluye la verificación de la institución a la cual va el miembro, que excede las millas contractuales y, por favor, indique la necesidad médica de esa cita.

5 RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR O INSTALACIÓN:				
Nombre de la instalación:		Nombre del médico:		Fecha:
Dirección de la instalación:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del médico o instalación:		Motivo de la cita:	Código de diagnóstico:	
Motivo por el cual se solicita la autorización para transportar un miembro a un proveedor específico (marque TODOS los que correspondan): <input type="checkbox"/> Proveedor más cercano de CMAP (Medicaid) <input type="checkbox"/> Visita de seguimiento después de una cirugía <input type="checkbox"/> El paciente ha establecido una relación con el proveedor		Periodo anticipado de incapacidad a partir de la fecha de hoy: <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 90 días <input type="checkbox"/> 180 días		
(Por favor, indique el tipo de proveedor)		Información adicional (Incluyendo Altura/Peso para transporte de Silla de ruedas/BLS/ALS):		
<input type="checkbox"/> El servicio requerido por el paciente no está disponible en la zona <input type="checkbox"/> El departamento de Seguro Social aprobó esta atención <input type="checkbox"/> El proveedor se encuentra a más de 15 millas de la dirección de domicilio del miembro				

Para una **anulación de solicitud complementaria** — por favor, complete: **1. Nombre, 2. MID, 3. Fecha de Nacimiento, y 4.** en la página 1, por favor, indique en la sección de “**Comentarios Adicionales**”, que el miembro requerirá de un acompañante y la razón del porqué no puede viajar solo.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE																							
Por favor, marque las casillas a continuación que apliquen al tipo de transporte solicitado <input type="checkbox"/> Fuera del Estado <input type="checkbox"/> En el estado <input type="checkbox"/> Hospital/Proveedor en la frontera <input type="checkbox"/> Mayor nivel de servicio que el transporte público																							
1	Nombre del miembro:	2																					
3	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA):	Número de identificación de Medicaid:																					
	Edad:	Número de teléfono válido:																					
	Dirección de recogida:	Dirección de destino:																					
	Fecha del traslado:	Detalles del traslado: <input type="checkbox"/> Solo ida <input type="checkbox"/> Ida y vuelta																					
	Hora del traslado (si la sabe):																						
Requerimientos de transporte: <input type="checkbox"/> El paciente NO puede utilizar transporte público debido a una condición médica <input type="checkbox"/> El paciente está médicamente INCAPACITADO para caminar 4 cuadras <input type="checkbox"/> El paciente está médicamente INCAPACITADO para ser llevado por un amigo/familiar <input type="checkbox"/> El paciente está médicamente CAPACITADO para utilizar transporte público <input type="checkbox"/> El paciente requiere un vehículo para silla de ruedas <input type="checkbox"/> El paciente requiere un vehículo para camilla <input type="checkbox"/> El paciente requiere un vehículo Sedan <input type="checkbox"/> El paciente necesita acompañante para entrenamiento/participación en la atención médica <input type="checkbox"/> Sin carga múltiple/inmunosuprimido <input type="checkbox"/> Otras restricciones de carga múltiple: _____		Información de elegibilidad/autorización <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Servicio cubierto Medicaid</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Medicamento necesario/apropiado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Notificación hecha a: (Nombre de ASO): _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>El servicio que el paciente requiere no está disponible en el área</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Se requiere aprobación del Departamento de Seguro Social</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Paciente referido al proveedor más cercano disponible para su condición</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	Servicio cubierto Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamento necesario/apropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notificación hecha a: (Nombre de ASO): _____			El servicio que el paciente requiere no está disponible en el área	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se requiere aprobación del Departamento de Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paciente referido al proveedor más cercano disponible para su condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SÍ	NO																					
Servicio cubierto Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Medicamento necesario/apropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Notificación hecha a: (Nombre de ASO): _____																							
El servicio que el paciente requiere no está disponible en el área	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Se requiere aprobación del Departamento de Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Paciente referido al proveedor más cercano disponible para su condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	4	Información Adicional:																					

