



**BLUE CROSS COMMUNITY CENTENNIAL<sup>SM</sup>  
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 <i>BCBSNM Centennial</i> :	N.º del Programa <i>Medicaid</i> :	N.º de teléfono:
Nombre del paciente o asegurado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):			Nombre y dirección del proveedor de servicios de salud:		
<p><b>Si el asistente es médicamente necesario, por favor continúe llenando el siguiente formulario.</b></p>			<p><b>Si el asistente NO es médicamente necesario, por favor complete este cuadro y devuelva el formulario por fax al 866-402-0522.</b></p> <p>_____ <b>El asistente no es médicamente necesario.*</b></p> <p><b>Fecha:</b> _____</p> <p><b>Firma:</b> _____</p> <p><small>* 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.</small></p>		
NIVEL DE SERVICIO REQUERIDO POR EL ASEGURADO Y ORDENADO POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD					
<b>Asistente médicamente necesario</b>					
Ambulatorio + Asistente de atención personal <input type="checkbox"/>		Transportación con silla de ruedas <input type="checkbox"/>			
Silla de ruedas + Asistente de atención personal <input type="checkbox"/>		Ancho de la silla: _____			
<b>Equipo médico necesario</b>			<b>Criterio de necesidad médica</b>		
___ Supervisión y succión de las vías respiratorias ___ Oxígeno ___ Dependiente de ventilador ___ Otro _____			___ Confinado a una cama ___ Historial de parálisis existente/CA ___ Úlceras de decúbito/no se puede sentar de forma segura ___ Precauciones para la cadera/piernas/espalda ___ Contracturas ___ Confundido/letárgico/comatoso ___ No se puede sostener por sí mismo mientras está sentado en una silla de ruedas durante su transportación ___ 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 ( <i>marque una opción</i> ): <input type="checkbox"/> 90 días <input type="checkbox"/> 180 días <input type="checkbox"/> Otro: _____					

Precaución: Esta información contiene secretos comerciales confidenciales y de propiedad exclusiva; la divulgación de esta podría causar daño competitivo. No está sujeta a divulgación bajo cualquier ley de libertad de información, ley o regulación de registros abiertos. No se divulgue a otras personas.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Solo el médico tratante, el asistente médico o el enfermero con licencia (*CPN*, en inglés) del asegurado puede completar esta certificación para confirmar un nivel de servicio médicamente necesario.

Proveer información falsa deliberadamente en esta certificación podría constituir fraude e impedir que el paciente o asegurado reciba servicios de transportación adicionales. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese al Departamento de asistencia del centro de LogistiCare al **866-400-8233**.

*Certifico que según mi conocimiento, la información anterior es verdadera, exacta y completa, y el nivel de servicio requerido para la transportación del paciente o asegurado es médicamente necesario para la salud del paciente o asegurado.*

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

Envíe el formulario completo por fax a:

(866) 402-0522

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

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

Precaución: Esta información contiene secretos comerciales confidenciales y de propiedad exclusiva; la divulgación de esta podría causar daño competitivo.  
No está sujeta a divulgación bajo cualquier ley de libertad de información, ley o regulación de registros abiertos. No se divulgue a otras personas.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee  
of the Blue Cross and Blue Shield Association

**Para obtener asistencia y servicios auxiliares, o materiales en formatos alternativos u otros idiomas sin costo, llame al 1-866-689-1523 (TTY/TDD: 7-1-1).**

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Civil Rights Coordinator.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, [Civilrightscoordinator@hcsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@hcsc.net). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

Díí baa akó nínizin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłlnih 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنی، تسهیالت زبانی بہ صورت رایگان برای شما فرام می باشد. با 1-855-710-6984 (TTY: 711) تماس بگیرد.

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-710-6984 (TTY: 711).