



Llene este formulario si en la actualidad recibe atención de prestadores de servicios médicos que no participan en la red de su nueva cobertura médica o si se han dado de baja recientemente de la red de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico. En determinadas circunstancias, la aseguradora puede autorizar que el asegurado siga recibiendo atención de un prestador de servicios médicos fuera de la red y que dicha atención tenga el nivel de cobertura de la red. Podría ser necesario solicitar información médica a los prestadores de servicios médicos que lo atienden. Escriba en letra de imprenta legible y con tinta negra.

SELECCIONE EL TIPO DE SOLICITUD (MARQUE UNA OPCIÓN):

- TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN (NUEVO EN BCBSNM) CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES, CUENTAS EXISTENTES, CAMBIO DE UN PROFESIONAL MÉDICO A OTRO, GRUPOS DE PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS/CENTROS QUE SE DAN DE BAJA)

NOMBRE DEL GRUPO		NÚMERO DE GRUPO	
NOMBRE DEL EMPLEADO		NÚMERO DE ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL EMPLEADO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

MÉDICO

DIAGNÓSTICO/PLAN DE TRATAMIENTO

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL MÉDICO

NOMBRE	N.º DE NPI
N.º DE TELÉFONO	N.º DE FAX
DIRECCIÓN	
FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA	PRÓXIMA CONSULTA

MARQUE LO QUE CORRESPONDA

<input type="checkbox"/> EMBARAZO O EN TRATAMIENTO PARA EL EMBARAZO	FECHA ESTIMADA DE PARTO
<input type="checkbox"/> CIRUGÍA PROGRAMADA O REALIZADA RECIENTEMENTE	FECHA DE LA CIRUGÍA
<input type="checkbox"/> CIRUGÍA PROGRAMA NO ELECTIVA	FECHA DE LA CIRUGÍA NO ELECTIVA
<input type="checkbox"/> INCLUIDA LA ATENCIÓN POSTOPERATORIA	FECHA DE LA ATENCIÓN POSTOPERATORIA
<input type="checkbox"/> LISTA DE TRASPLANTES	OFREZCA COPIA DE LA CARTA DE APROBACIÓN
<input type="checkbox"/> CITA MÉDICA PROGRAMADA	FECHA DE LA CITA
<input type="checkbox"/> RECIBE UN TRATAMIENTO POR UN PROBLEMA MÉDICO GRAVE Y COMPLEJO	FECHAS DE FRECUENCIA Y DURACIÓN
<input type="checkbox"/> RECIBE ATENCIÓN INSTITUCIONAL U HOSPITALARIA POR PARTE DEL PROFESIONAL MÉDICO	RANGO DE FECHAS DE LA HOSPITALIZACIÓN
<input type="checkbox"/> RECIBIÓ UN DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD TERMINAL	FECHA EN LA QUE SE RECIBIÓ UN DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD TERMINAL

SALUD MENTAL (SALUD MENTAL/TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS)

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO (LA AUSENCIA DE UN CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO NO SERÁ MOTIVO DE RECHAZO)

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS MÉDICOS

NOMBRE	N.º DE NPI
N.º DE TELÉFONO	N.º DE FAX
DIRECCIÓN	
FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA	PRÓXIMA CONSULTA

ESPECIALIDAD DEL PROFESIONAL MÉDICO (MARQUE UNA)

<input type="checkbox"/> MD/DO (DOCTOR EN MEDICINA/DOCTOR EN MEDICINA OSTEOPÁTICA)
<input type="checkbox"/> PHD (DOCTOR EN FILOSOFÍA)
<input type="checkbox"/> LCSW (TRABAJADOR SOCIAL CLÍNICO CON LICENCIA)
<input type="checkbox"/> LPC/LCPC (CONSEJERO PROFESIONAL CON LICENCIA/CONSEJERO CLÍNICO CON LICENCIA)
<input type="checkbox"/> LMFT (TERAPEUTA CON LICENCIA PARA PAREJAS Y FAMILIAS)
<input type="checkbox"/> BCBA (ANALISTA AVALADO EN SALUD MENTAL Y PROBLEMAS DE CONDUCTA) OTRO

INSTRUCCIONES MÉDICAS

Enviar por fax: 866-589-8253

Enviar por correo postal a:

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico

PO BOX 660058

Dallas, TX 75266-0058

INSTRUCCIONES DE SALUD MENTAL

Enviar por fax: 877-361-7659

Attention: Transitional Care Request

Enviar por correo postal a:

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico

PO BOX 660058

Dallas, TX 75266-0058

Por la presente, autorizo al director médico o a la persona designada de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico a obtener de cualquier médico o prestador de servicios médicos la información y los expedientes médicos necesarios para tomar una decisión informada sobre mi solicitud de cobertura para un tratamiento en curso (servicios médicos de transición) bajo mi nueva póliza de cobertura. Entiendo que tengo derecho a una copia de este formulario de autorización.

N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL	N.º DE TELÉFONO SECUNDARIO
FIRMADO (PACIENTE O TUTOR)	FECHA