



# Proceso de revisión para derechohabientes con discapacidad: Formulario de certificación

(Para coberturas particulares individuales y familiares)

## FAVOR DE LEER CON DETENIMIENTO

Para determinar si uno de sus derechohabientes reúne los requisitos para la cobertura después de cumplir 26 años por tener una discapacidad, el titular de la póliza y el médico encargado del derechohabiente deben llenar este formulario.

## INSTRUCCIONES

1. El titular de la póliza debe llenar y firmar la **Autorización como derechohabiente con discapacidad**.
2. Un médico o un profesional de la salud mental con licencia deben llenar y firmar el **Certificado médico del derechohabiente con discapacidad**. Llene el formulario en su totalidad, según corresponda. Si necesita más espacio, use una hoja de papel adicional o adjunte copias de los expedientes médicos o apuntes del progreso.
3. Envíe el formulario relleno a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico  
P.O. Box 660819  
Dallas, TX 75266-0819

También lo puede enviar por fax al 800-279-7419.

Al finalizar el proceso de revisión, el titular de la póliza o el grupo de la empresa recibirán una carta en la que se les notificarán las fechas de la determinación y de la cobertura, si corresponde. Concédanos hasta 30 días hábiles para completar la revisión.

Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente usando el número telefónico en su tarjeta de asegurado.

No se impondrán normas de elegibilidad ni se modificará la prima por motivos relacionados con su estado de salud, enfermedad, historial de reclamaciones, atención médica recibida, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad, discapacidad, ceguera, ceguera parcial o cualquier otro factor relacionado con su estado de salud. No se le discriminará para obtener cobertura bajo esta póliza por motivos de raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Las modificaciones en la administración, en los procesos o en los beneficios y servicios médicos de esta cobertura que se basen en prácticas de gestión médica razonables y clínicamente recomendadas o que formen parte de incentivos, desincentivos o de otros programas de bienestar permitidos, en ningún caso, se constituyen actos de discriminación.

TODA PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA RECIBIR UNA INDEMNIZACIÓN POR UN SINIESTRO O UN PAGO PARA PRESTACIÓN O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÍA ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.



SECCIÓN QUE DEBE LLENAR EL TITULAR DE LA PÓLIZA

1. NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE: APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)		1A. DATOS DE BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF NEW MEXICO NÚMERO DE GRUPO		NÚMERO DE ASEGURADO
2. DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (NÚMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)				
3. NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE			3A. FECHA DE NACIMIENTO DEL DERECHOHABIENTE (MES/DÍA/AÑO)  / /	
3C. PARENTESCO DEL DERECHOHABIENTE CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA		3D. SEXO DEL DERECHOHABIENTE <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		3E. EDAD DEL DERECHOHABIENTE CUANDO QUEDÓ DISCAPACITADO
4. ¿EL DERECHOHABIENTE ESTÁ RESIDIENDO PERMANENTEMENTE EN SU HOGAR? SI SU RESPUESTA ES "NO", EXPLIQUE. SI NECESITA MÁS ESPACIO, USE UNA HOJA DE PAPEL ADICIONAL.				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
5. ¿ESTA PERSONA DEPENDE DE USTED FINANCIERAMENTE? SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ¿QUÉ PORCENTAJE USTED CONTRIBUYE FINANCIERAMENTE? %				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
5A. ¿EL DERECHOHABIENTE APARECE COMO TAL EN SU MÁS RECIENTE DECLARACIÓN FEDERAL DE INGRESOS?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
6. ¿EL DERECHOHABIENTE HA ESTADO EMPLEADO?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
6A. ¿EL DERECHOHABIENTE ESTÁ ACTUALMENTE EMPLEADO?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
7. ¿EL DERECHOHABIENTE RECIBIÓ COBERTURA POR MEDIO DEL PROGRAMA DE PÓLIZAS DE SEGURO DE SU ACTUAL EMPLEADOR INMEDIATAMENTE ANTES DE CUMPLIR LOS 26 AÑOS?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
8. ¿EL DERECHOHABIENTE SE CLASIFICA COMO DISCAPACITADO DE ACUERDO CON EL SEGURO POR DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL (SSDI, EN INGLÉS)?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
9. ¿EL DERECHOHABIENTE TIENE COBERTURA VIGENTE DE MEDICARE O DE ALGUNA OTRA COBERTURA MÉDICA U HOSPITALARIA? SI SU RESPUESTA ES "SÍ", PROPORCIONE EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA Y EL NÚMERO DEL GRUPO, CERTIFICADO O ACUERDO.  COMPAÑÍA ASEGURADORA  NÚMERO DE GRUPO, CERTIFICADO O ACUERDO				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Al proporcionar la versión original o una copia de esta autorización firmada, permito que cualquier profesional médico, hospital, clínica, otro centro médico o centro relacionado con la salud, agencia gubernamental u otra persona o firma le proporcione información a Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM). Esto podría incluir copias de expedientes con datos sobre el asesoramiento, la atención o el tratamiento médico que se le haya proporcionado al derechohabiente mencionado anteriormente, incluida, sin limitación, la información relacionada con enfermedades mentales, consumo de drogas o alcohol.

Entiendo que dicha información será utilizada por BCBSNM con el propósito de certificar al derechohabiente mencionado como discapacitado con el fin de incluirlo en mi póliza de seguro médico. Entiendo que yo u otro representante autorizado recibiremos una copia de esta autorización si la misma es solicitada. Esta autorización es válida por un período de dos años y medio, a partir de la fecha en que se firme.

Según mi leal saber y entender, afirmo que la información aquí presentada es correcta.

FIRMA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE LA FIRMA
--------------------------------	-------------------



## SECCIÓN QUE DEBE LLENAR EL MÉDICO ENCARGADO



**Aviso:** Cualquier cuota por completar este formulario es responsabilidad del titular de la póliza.

NOMBRE DEL PACIENTE		
NOMBRE DEL MÉDICO		NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO
DIRECCIÓN DEL MÉDICO		
FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA (MES/DÍA/AÑO) / /	FRECUENCIA DE LAS CONSULTAS	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN (MES/DÍA/AÑO) / /



**AVISO:** Llene el formulario en su totalidad, según corresponda. Si necesita más espacio, use una hoja de papel adicional o adjunte copias de los expedientes médicos o apuntes del progreso.

### DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CAMPO OBLIGATORIO)

SALUD FÍSICA: CÓDIGOS ICD-10	SALUD CONDUCTUAL: CÓDIGOS ICD-10	FECHA DE INICIO DEL DIAGNÓSTICO INCAPACITANTE (MES/DÍA/AÑO) / /
------------------------------	----------------------------------	--

### NATURALEZA DE LA DISCAPACIDAD (CAMPO OBLIGATORIO)

DESCRIBA LA ETIOLOGÍA O CAUSA, LA GRAVEDAD, LAS SEÑALES ACTUALES Y LOS SÍNTOMAS.

### VIDA COTIDIANA (CAMPO OBLIGATORIO)

PROPORCIONE DETALLES SOBRE LAS ACTIVIDADES TÍPICAS DEL DÍA Y EL GRADO DE ASISTENCIA NECESARIO PARA COMPLETARLAS.

PROPORCIONE DETALLES DE LAS LIMITACIONES ESPECÍFICAS Y EL IMPACTO QUE TIENEN EN EL EMPLEO REMUNERADO.

¿CUÁNDO CREE QUE EL PACIENTE PODRÁ REGRESAR A UN EMPLEO REMUNERADO?

FECHA APROXIMADA: / /

POR TIEMPO INDEFINIDO  NUNCA

### DISCAPACIDAD MENTAL (SI CORRESPONDE)

LIMITACIONES FÍSICAS Y COGNITIVAS	RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DEL COEFICIENTE INTELECTUAL (IQ, EN INGLÉS)
-----------------------------------	---

### PLAN DE TRATAMIENTO (CAMPO OBLIGATORIO)

INCLUYA DATOS SOBRE EL TRATAMIENTO PREVIO, ACTUAL Y PREVISTO; LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO; Y LA DURACIÓN PREVISTA DE TRATAMIENTO.

### DIAGNÓSTICO SECUNDARIO DE APOYO (SI CORRESPONDE)

SEÑALES Y SÍNTOMAS ACTUALES SECUNDARIOS AL DIAGNÓSTICO

NOMBRE DEL MÉDICO (ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA)	CREDENCIALES
FIRMA DEL MÉDICO	FECHA DE LA FIRMA