

FORMULARIO DE ACCESO A LA ATENCIÓN

El motivo de este formulario es ayudar a los miembros de Medicaid de Kentucky a informar problemas cuando no pueden obtener una cita para ver a un proveedor dentro de la red. El Departamento para Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky quiere asegurarse de que los miembros reciban atención médica oportuna (1-2 días para una cita urgente o dentro de los 30 días para una cita no urgente o de rutina).

El llenar este formulario ayudará al DMS a ver si hay un problema con la red de proveedores. Es posible que el DMS o su Organización de Atención Médica Administrada (MCO) le contacte para ayudarle a obtener una cita. **Es importante llenar la información a continuación tanto como sea posible.**

Si es una emergencia, llame al 911 para obtener servicios médicos o al 988 para servicios de salud mental o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Sección 1: Datos del miembro	
Nombre del miembro	
ID de Medicaid del miembro	
Dirección del miembro	Dirección (incluir Apto./Suite):
	Ciudad, Estado, Código postal:
Teléfono del miembro	
Correo electrónico del miembro (si corresponde)	
Organización de Atención Médica Administrada (MCO) del miembro o Pago por Servicio (FFS)	<input type="checkbox"/> Aetna BH-KY Humana United Healthcare <input type="checkbox"/> Passport by Molina <input type="checkbox"/> WellCare of KY <input type="checkbox"/> Pago por servicio (Medicaid tradicional)
¿Contactó a la MCO primero? (si corresponde)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sección 2: Datos del referido o de la cita	
Nombre del proveedor (si lo sabe)	
Tipo de proveedor que necesita (médico, dentista, cardiólogo, fisioterapeuta, etc.)	
Dirección del proveedor (si lo sabe)	Dirección (incluir Apto./Suite):
	Ciudad, Estado, Código postal:
Fecha inicial en la que pidió una cita	Haga clic o toque para ingresar una fecha.

Estado de Kentucky
Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia
Departamento para Servicios de Medicaid

¿Esta cita era urgente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha(s) ofrecida(s) para la cita (si corresponde)	1. Haga clic o toque para ingresar una fecha.
	2. Haga clic o toque para ingresar una fecha.
	3. Haga clic o toque para ingresar una fecha.
Fecha que usted aceptó para la cita (si ofrecieron una)	
Si no le ofrecieron una cita, ¿qué motivo(s) le dieron? Seleccione todos que correspondan	<ul style="list-style-type: none">a. El proveedor no participa con la MCOb. El proveedor no participa con ningún plan de Medicaidc. El proveedor no está aceptando nuevos pacientesd. El proveedor no tenía citas disponibles en el plazo de tiempo en que usted necesitaba atencióne. El proveedor no ofrece el servicio que usted necesitaf. Otro
¿Hay algo más que deberíamos saber?	

Entregar

Para enviar este formulario electrónicamente, debe tener instalado Adobe Acrobat Reader. Puede descargar esta aplicación de forma gratuita para su computadora de escritorio o dispositivo móvil en <https://www.adobe.com/acrobat/pdf-reader.html> . Guarde el formulario llenado y ábralo en la herramienta Adobe Acrobat Reader.

Para entregar este formulario por correo electrónico, guarde el formulario llenado en su dispositivo, adjúntelo a un mensaje de correo electrónico y envíelo a DMS.DQPH.QB@ky.gov con el sujeto 'Access to Care Form'.

Para enviar este formulario manualmente, imprima el formulario llenado y envíelo por correo a:

Departamento para Servicios de Medicaid
Quality and Population Health
275 East Main St, 6W-D
Frankfort, KY 40621