



Formulario de solicitud de servicios flexibles y de salud

Envíe el formulario completo por fax al (541) 229-8180

Si tiene preguntas, llame al (541) 672-1685

Urgente - 48 horas

Estándar - 7 días

Nombre de miembro: _____ ID#: _____ DOB: _____

Nombre de la persona que completa el formulario: _____ Date: _____

Teléfono#: _____ Fax#: _____ Correo: _____

Diagnóstico primario: _____

Describir los servicios o bienes que se solicitan, incluidos el proveedor, la dirección y el número de:

Costo esperado: \$ _____ ¿Se trata de un pago único? ____ o costo continuo _____

¿Cuál es el motivo para solicitar servicios flexibles?

- a. Describa cómo el servicio solicitado trata/previene afecciones de salud física, oral o conductual, mejora los resultados de salud o previene/retrasa el deterioro de la salud (Adjunte una página adicional si es necesario):

- b. Describa cómo esto puede reducir de manera eficiente y efectiva los costos médicos y mejorar la atención (Ejemplo: prevenir los reingresos hospitalarios evitables):

c. Describa cómo esto concuerda con el plan de tratamiento del miembro. (Si usted es un proveedor tratante, el plan de tratamiento debe incluirse en la documentación o como un archivo adjunto)

d. Describa otros recursos comunitarios que se han buscado y la razón por la que no se puede acceder a ellos. Indique los intentos y los resultados. (Se deben agotar todas las opciones de la comunidad y adjuntar la documentación de denegación).

Tenga en cuenta:

- Las solicitudes de servicios flexibles se definen como servicios de planes no estatales relacionados con la salud, destinados a reducir los costos, mejorar la prestación de atención y la salud de los inscritos.
- La documentación debe indicar cómo se demostrará la efectividad del servicio o los bienes.
- Está diseñado para soporte a corto plazo y no para el pago continuo de un servicio.
- Esta solicitud se puede rechazar debido a la falta de información o documentación completa.
- Los Servicios flexibles deben carecer o no estar asociados con códigos de facturación o encuentro como CPT, HCPCS.
- Se revisarán todas las solicitudes de servicios flexibles y se enviará un aviso de determinación al autor de la solicitud y al miembro.



Solo solicitudes de asistencia para vivienda

(complete esta página adicional si solicita asistencia para la vivienda)

Envíe el formulario completo por fax al (541) 229-8180

Si tiene preguntas, llame al (541) 672-1685

Nombre de miembro: _____ ID#: _____ DOB: _____

Por favor, seleccione el tipo de vivienda:

Apartamento/unidad _____ Casa _____ Hotel/Motel _____ Viviendas de transición (Oxford House, etc.) _____

Importe diario/mensual solicitado: _____ ¿Duración prevista de la estancia? _____

Sírvase indicar las razones por las que se solicita asistencia para vivienda:

Indique los gastos mensuales actuales (también adjunte comprobante de gastos):

Alojamiento:	
Utilidades:	
Comida:	
Transporte:	
Otro:	

¿Se encuentra actualmente sin hogar o vive en viviendas deficientes? _____

¿Está empleado?: _____ Ingresos mensuales: _____

**Si no está empleado, ¿está buscando empleo?: _____

**Enumere las empresas/trabajos para los que ha solicitado: _____

Por favor, proporcione un plan para asegurar una vivienda a largo plazo en el futuro.

Proporcione la dirección del propietario/administración y la información de contacto para verificar el monto adeudado:

Acepto que, una vez aprobado, el motel/hotel o alojamiento de transición es un entorno libre de drogas y alcohol.

Firma

Nombre de impresión

Para solicitudes urgentes, espere 48 horas para el procesamiento y la determinación

Formulario de solicitud de servicios flexibles y relacionados con la salud



UMPQUA HEALTH ALLIANCE

Umpqua Health Alliance solo para uso administrativo

Categoría de servicio: ☐ Capacitación y educación ☐ Coordinación asistencial ☐ Inicio/ambiente de vida ☐ Transporte ☐ Programas para mejorar la salud pública o comunitaria ☐ Soportes de vivienda ☐ Alimentos/Recursos sociales ☐ Otro				
Programa involucrado: ☐ SPMI ☐ Hep C ☐ Diabetes ☐ Necesidades de atención médica especial ☐ Nuevos comienzos ☐ Nuevo día ☐ Servicios de atención coordinada				
Cumple uno de los siguientes criterios: ☐ Mejorar los resultados de salud en comparación con una línea de base y reducir las disparidades de salud entre poblaciones específicas. ☐ Mejorar la seguridad del paciente, reducir los errores médicos y reducir las tasas de infección y mortalidad. ☐ Apoyar los gastos relacionados con la tecnología de la información de salud y los requisitos de uso significativo necesarios para lograr las actividades anteriores que se establecen en 45 CFR 158.151 que promueven la vinculación de la comunidad clínica y los procesos de derivación o apoyan otras actividades como se define en 45 CFR 158.150. ☐ Prevenir los reingresos hospitalarios evitables a través de un programa integral de alta hospitalaria. ☐ Implementar, promover y aumentar las actividades de bienestar y salud.				
Cumple con <u>todos</u> los requisitos: ☐ Probablemente mejore los resultados de salud. ☐ Es probable que sea una alternativa rentable. ☐ Para renovar la membresía del gimnasio, se debe intentar un mínimo de 8 visitas cada mes. ☐ Falta de códigos de facturación y encuentro. ☐ No hay otros recursos comunitarios disponibles. ☐ Relacionado con la salud. ☐ De acuerdo con el plan de atención.				
Fondos HRS anteriores gastados hasta la fecha:	☐ Servicios flexibles ☐ Beneficio comunitario (HRS)	☐ Aprobado ☐ Rechazado	Fecha de la decisión:	Firma del director médico: