



18 de noviembre de 2016

Estimado cliente potencial del condado de Martin:

Le agradecemos su interés en convertirse en un cliente de MTM. Gracias por darnos la oportunidad de cumplir con sus necesidades de transporte y ofrecerle un servicio al cliente excelente.

Incluimos en este sobre el Formulario de admisión de beneficiarios (BIF, por sus siglas en inglés) y el Formulario de nivel de necesidad (LON, por sus siglas en inglés). Debe completar el BIF y presentar un comprobante de ingresos. Su médico debe completar el formulario de LON. Entregue todos los documentos a nuestro Departamento de Gestión de atención.

**Dirección postal**

**MTM  
Attention: Care Management  
16 Hawk Ridge Drive Lake St. Louis, Mo  
63367**

**Número de fax**

**1-877-406-0658**

El Formulario de admisión de beneficiarios, el Formulario de nivel de necesidad y el comprobante de ingresos son necesarios para que sea elegible para el transporte. Deberá esperar hasta 10 días hábiles para que MTM reciba y procese su solicitud. Esperamos poder ayudarlo a acceder a su comunidad. Le agradecemos nuevamente su interés. Gracias por completar los formularios en su totalidad.

En un plazo de 10 días hábiles se le informará por teléfono ya sea la aprobación o denegación de su solicitud.

Atentamente,

Departamento de Gestión de atención de MTM  
CM-MartinCo@mtm-inc.net





# Formulario de admisión de beneficiarios del condado de Martin, Florida

Notificación importante: Asegúrese de responder todas las preguntas. Si no lo hace, es posible que le nieguen los beneficios de transporte. Si no sabe la respuesta, escriba "no sé". Si una pregunta no corresponde, escriba "N/C".

**Tenga en cuenta lo siguiente: es posible que le solicitemos documentación adicional.**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

N.º de seguro social: \_\_\_\_\_ N.º de Medicaid: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

C. P.: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de TDD: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Usted conduce?  Sí  No

¿Tiene un automóvil?  Sí  No

¿Tiene acceso a un vehículo en funcionamiento?  Sí  No  
*Si la respuesta es sí, ¿le interesaría el programa de reembolso de millas?*  Sí  No

Si se le proporciona acceso a un vehículo en funcionamiento, ¿podría trasladarse por sí solo?  Sí  No

¿Tiene alguno de los siguientes que pueda proporcionarle transporte?  
Familia:  Sí  No Amigo:  Sí  No  
Voluntario:  Sí  No Otro: \_\_\_\_\_

¿Es un veterano de guerra?  Sí  No

Ingreso anual del hogar: \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_ (comprobante de ingresos necesario)

¿Puede pagar \$1.00 de copago para cada tramo de transporte?  Sí  No

¿Está delicado, discapacitado o tiene otras limitaciones físicas o mentales?  Sí  No

¿Cómo va a la tienda de comestibles?  Maneja usted mismo  Amigo/familia  Taxi  
 Camina  Transporte público/autobús

¿Vive a una distancia menor a ¼ de milla de una parada de autobús?  Sí  No  No lo sé

¿Hay alguna razón por la que no pueda caminar a su consulta?  Sí  No  
*Si responde sí, explique:* \_\_\_\_\_





# Formulario de admisión de beneficiarios del condado de Martin, Florida

¿Vive en un centro que brinda transporte?  Sí  No  
*Si responde sí, ¿podrían llevarlo a sus consultas médicas?*  Sí  No  No lo sé

¿Hay alguna razón por la que no pueda usar el transporte público para ir a sus consultas médicas?  Sí  No

¿Está inscrito en algún otro programa que pagará o brindará transporte?  Sí  No  
*Si responde sí, explique:* \_\_\_\_\_

Marque o enumere las necesidades o servicios especiales que requiere durante el transporte  
 Silla de ruedas con motor  Silla de ruedas manual  Caminador/bastón  Camilla  
 Oxígeno portátil  Animal de servicio  Escúter  Asistente de atención personal  
 Otro: \_\_\_\_\_

Declaro y entiendo que la información proporcionada en esta solicitud para Transporte no urgente (NET, por sus siglas en inglés) para servicios TD es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender, y se mantendrá confidencial y se compartirá únicamente con los servicios y citas. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa, hacer reclamos fraudulentos y declaraciones falsas constituye un delito grave bajo las leyes del estado de Florida.

Firma del beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## SOLO PARA USO DE MTM

Aprobado  Denegado

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



Fax del centro:

### Estimado profesional médico:

Nuestra oficina ha recibido una solicitud de transporte: complete el formulario de evaluación de nivel de necesidad en su totalidad. Este formulario será utilizado para determinar el modo de transporte más adecuado para el Beneficiario en función de sus habilidades y limitaciones funcionales. Brinde toda información que nos ayude a identificar el modo de transporte que satisface mejor las necesidades del Beneficiario.

<b>Información del Beneficiario</b>	Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:	
	N.º de Medicaid:	N.º de viaje:	ID del plan:	
	Dirección:	Ciudad:	Estado:	C. P.:
<b>Información del diagnóstico</b>	Diagnóstico (INFORMACIÓN OBLIGATORIA):		El diagnóstico es: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal hasta (fecha):	
	Hospitalizaciones/cirugías recientes (INFORMACIÓN OBLIGATORIA):			
<b>Situación de vivienda</b>	<input type="checkbox"/> Vive solo o con familia/amigos <input type="checkbox"/> Centro de cuidados <input type="checkbox"/> Hogar grupal <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación residencial Comentarios:			
	Cantidad de escalones: _____ <b>NOTA:</b> MTM no puede transportar personas que necesiten ayuda para subir o bajar más de tres (3) escalones desde la puerta a la acera.			
<b>Habilidades físicas y equipos</b>	¿El paciente puede caminar solo? <input type="checkbox"/> Sí. (Distancia máxima: _____) <input type="checkbox"/> No			
	¿El paciente usa alguno de estos dispositivos de ayuda? <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Caminador <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual    ¿El paciente se puede mover por sí mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	¿El paciente puede ingresar al automóvil por sí mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	¿El paciente usa/necesita oxígeno portátil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	¿El paciente necesita un cambio en el modo de transporte debido a la inestabilidad? <input type="checkbox"/> Sí (explique): _____ <input type="checkbox"/> No			
	¿Ha habido una disminución en su funcionalidad? <input type="checkbox"/> Sí (explique): _____ <input type="checkbox"/> No			
<b>Habilidades cognitivas</b>	¿Cuál es la capacidad cognitiva del paciente? <input type="checkbox"/> Alerta y orientado (es decir, lugar, tiempo) <input type="checkbox"/> Alerta y un poco confundido (es decir, lugar, tiempo) <input type="checkbox"/> Confundido (es decir, demencia, Alzheimer) Comentarios:			
	¿Se puede retirar de situaciones inseguras?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Habilidades sensoriales</b>	Visión	<input type="checkbox"/> Visión normal <input type="checkbox"/> Usa anteojos/lentes de contacto <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Legalmente ciego <input type="checkbox"/> Animal de servicio por ceguera Comentarios:		
	Habla y audición	<input type="checkbox"/> Audición normal <input type="checkbox"/> Usa audífonos <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> No puede hablar Comentarios:		
<b>Información del médico</b>	Nombre en imprenta:		Teléfono:	
	Firma:		N.º de NPI:	

¿Preguntas? Llame al Departamento de Gestión de atención al 1-888-561-8747.

Envíe por fax el formulario completado a: **1-877-406-0658, ATENCIÓN: Gestión de atención.**  
*Este formulario debe recibirse 72 horas antes del momento de la consulta o no se podrá organizar el traslado.*