

## Servicios relacionados con la salud: solicitud de servicio flexible individual

Envíe la solicitud por correo electrónico a [carecoordinationteam@samhealth.org](mailto:carecoordinationteam@samhealth.org) o por fax al 541-768-9768.

Fecha de envío: \_\_\_\_\_

### Información del miembro

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Pronombres preferidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de identificación de miembro: \_\_\_\_\_

¿El miembro recibe servicios a través de otra organización? (Por ejemplo, servicios para personas con discapacidades del desarrollo, servicios para personas mayores y personas con discapacidades)

Sí  No  No sé Si respondió que sí, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

### Información del proveedor

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_ Fax del proveedor: \_\_\_\_\_

Enviado por: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Solicitud

Diagnóstico(s): \_\_\_\_\_ Costo del artículo o servicio: \_\_\_\_\_

¿Qué se solicita?  
(No incluya artículos que se facturen, como ayuda para la vivienda, actividades de bienestar o de prevención).

¿Cómo nos facturan?  
(Es decir, directamente del fabricante, mediante un reembolso del proveedor de atención primaria [PCP], etc.).

¿Qué otros recursos ha investigado o intentado utilizar? (Especifique)

## Lista de verificación de la documentación requerida

- Formulario de solicitud de servicio flexible
- Servicio flexible integrado en el plan de tratamiento o plan de atención del miembro\*
- Costo
- Fuente de facturación o método de reembolso
- Otros recursos investigados (si corresponde)
- Resultados previstos y plan de sostenibilidad  
(deben medirse e integrarse en el plan de tratamiento o plan de atención\*)

\* Los servicios flexibles deben integrarse en un plan de tratamiento o plan de atención, claramente relacionados con el logro de los objetivos de tratamiento de un miembro, según lo desarrollado por el equipo de atención y lo documentado en el plan de atención del miembro.

**Para uso del consultorio únicamente:**  Aceptado  Rechazado

You can get this document in another language, format, large print or ask for an interpreter at no cost to you. Please call us at 800-832-4580 (TTY 800-735-2900) to request a copy of this document or an interpreter.

Puede obtener este documento en otro idioma, otro formato o en letra grande o pedir un intérprete sin costo alguno para usted. Llámenos al 800-832-4580 (TTY 800-735-2900) para pedir una copia de este documento o un intérprete.