

## 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

<b>¿Esta cita era urgente?</b>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Fecha(s) ofrecida(s) para la cita (si corresponde)</b>	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.
<b>Fecha que usted aceptó para la cita (si ofrecieron una)</b>	
<b>Si no le ofrecieron una cita, ¿qué motivo(s) le dieron? Seleccione todos que correspondan</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a. El proveedor no participa con la MCO</li><li>b. El proveedor no participa con ningún plan de Medicaid</li><li>c. El proveedor no está aceptando nuevos pacientes</li><li>d. El proveedor no tenía citas disponibles en el plazo de tiempo en que usted necesitaba atención</li><li>e. El proveedor no ofrece el servicio que usted necesita</li><li>f. Otro</li></ul>
<b>¿Hay algo más que deberíamos saber?</b>	

**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