



Formulario de auto-identificación médicamente complejo

Si tiene uno o más problemas médicos que afectan negativamente a su salud, puede presentar este formulario para recibir asistencia. Su plan de Heritage Health se pondrá en contacto con usted para proporcionarle ayuda adicional para sus problemas de salud y otras necesidades. Esto podría incluir ayuda adicional para encontrar proveedores, ayudar a sus proveedores a trabajar juntos y ponerle en contacto con servicios de alimentación, vivienda, transporte y otros servicios disponibles para usted.

Este formulario puede ser completado por usted, su cuidador o representante, o su proveedor de servicios de salud.

No está obligado a presentar este formulario. Su elegibilidad para Medicaid no se ve afectada de ninguna manera.

Envíe el formulario completo a su plan de Heritage Health:

Healthy Blue Nebraska

Care Management Medically Complex
PO Box 241238
Omaha NE 68124

Fax: 1-844-464-9244

Email: NECMReferral@healthybluene.com

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su plan Heritage Health:

Healthy Blue Nebraska: 1-833-388-1405 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro.

Para información adicional: <https://dhhs.ne.gov/Pages/Medically-Complex.aspx>

Por favor, complete la siguiente información:

Nombre	ID de Medicaid (si lo sabe)
Fecha de nacimiento	Número de teléfono
Dirección	Dirección de correo electrónico

Por favor, describa su(s) condición(es) médicamente compleja(s)

Entre los ejemplos de condiciones médicamente complejas se incluyen:

- Tener una condición de salud mental o de uso de sustancias que afecta negativamente a su trabajo, escuela o relaciones personales
- Vivir en un hospicio, en un centro de cuidados a largo plazo o en una residencia
- Tener una discapacidad física, intelectual o de desarrollo que afecte significativamente a su capacidad para cuidar de sí mismo
- Estar en régimen de acogida
- Ser beneficiario de Medicaid y Medicare
- Haber acudido a urgencias o al hospital dos o más veces en el último año
- Tener una enfermedad crónica que requiere un seguimiento o control frecuente por parte de su proveedor de atención médica

Si alguien le ha ayudado a rellenar este formulario, por favor, facilite la siguiente información sobre esa persona:

Nombre	Relación con usted (si la tiene)
Teléfono	Dirección de correo electrónico
Dirección	Firma
