ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM

Solicitud De Designación Para Servicios De Rehabilitación De Menores De AHCCCS

El cliente primero debe estar inscrito en AHCCCS para comenzar este proceso. Complete esta solicitud para comenzar el proceso de determinación de una designación de CRS. Para preguntas, póngase en contacto con la unidad CRS en 602-417-4545 desde los códigos de área (480,602, o 623) o 1 (855) 333-7828 desde los códigos de área (520, 760, o 928) gratuito. Puede devolver esta solicitud y toda la documentación requerida por:

Por Correo:
AHCCCS-CRS Unit
150 N. 18th Ave MD 3500
Phoenix AZ 85007

Fax:
(602) 252-5286

Correo electrónico:
dmscrs@azahcccs.gov

Sección 1: Información De AHCCCS Del Cliente			
Nombre del cliente:	MI.	Apellido del Cliente:	
AHCCCS ID (requerido):	AHCCCS Complete Care Plan (requerido):		
Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de Seguro Social del Cliente:	
Nombre de padre, madre o representante:	Teléfono:		
Relación con el cliente: ☐ padre o madre ☐ tutor(a) legal ☐ representante ☐ otra:			
Dirección de correo de madre, padre, o representante:	Cuidad:	Estado:	Código postal:

Sección 2: Información Médico	
Nombre del proveedor de atención primaria del cliente:	Números de teléfono del proveedor de atención primaria: Oficina: Fax:
Nombre del especialista del cliente:	Teléfonos de especialistas: Oficina: Fax:
Indique el diagnóstico:	

Sección 3: Información de referencia	
☐ Sí ☐ No ¿La persona que hizo la derivación notificó al padre/representante del niño? ☐ Entiendo que se requieren los registros del especialista que muestren el diagnóstico y el tratamiento activo con este formulario.	
Nombre de la persona o agencia que hace la remisión:	Teléfono: