

**ASISTENCIA DE SALUD PREVENTIVA (PHA)
FORMULARIO DE ACUERDO PARA EL CONTROL DEL PESO**

DEBE LLENAR TODOS LOS PASOS

Llenar este formulario no garantiza la aprobación de su solicitud de servicios. Debe entregar este formulario primero para poderlo revisar y determinar si puede aprobarse este beneficio. Medicaid no pagará servicios de transportación relacionados con el beneficio de Asistencia de Salud Preventiva (PHA).

PASO 1: Debe llenarlo su doctor, asistente médico o enfermera profesional:

SECCIÓN PARA EL PROFESIONAL DE LA SALUD					
He realizado un examen de salud de el/la paciente nombrado(a) abajo. He determinado que el estado de salud de el/la paciente es satisfactorio para participar en un programa de control del peso y que él/ella es:					
<ul style="list-style-type: none"> • Elegible para Medicaid • Mayor de 5 años de edad • Tiene un índice de masa corporal (BMI) menor de 18.5 o mayor de 30 para adultos, o que • Tomando en cuenta que es un niño(a), está bajo(a) de peso, tiene sobrepeso o es obeso(a) basándose en los criterios del Centro de Control de Enfermedades (CDC). 					
He anotado su estatura, peso e índice de masa corporal aquí abajo.					
Nombre del/de la Paciente	Número de Identificación de Medicaid	Fecha de Nacimiento	Estatura	Peso	Porcentaje de BMI
Nombre del Doctor	Firma del Doctor		Fecha	Teléfono del Doctor	

PASO 2: Debe llenarlo el/la participante o su tutor(a) legal:

SECCIÓN PARA EL/LA PARTICIPANTE O SU TUTOR(A)		
He revisado los términos del programa PHA para el control del peso y he hablado con mi doctor sobre el control de mi peso.		
Nombre de el/la Participante	Teléfono de el/la Participante	Fecha

PASO 3: Lleve este formulario a una organización participante en el programa PHA de su preferencia y pídale que firmen abajo indicando que están de acuerdo con brindarle sus servicios. **Si firma un contrato antes de que el programa PHA apruebe los servicios, podría ser responsable por el costo total del contrato.**

SECCIÓN PARA EL PROGRAMA DE CONTROL DEL PESO		
Organización de Control del Peso	Dirección	Teléfono
Número de Proveedor del PHA	Nombre de el/la Representante	Fecha

PASO 4 – Envíe este formulario por correo postal o por fax a la dirección o número indicado abajo. Le enviaremos una carta de aviso de aprobación referente a su solicitud para el programa PHA para el Control del Peso.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

<p>Molina Medicaid Solutions Attn: PHA Department PO Box 70081 Boise, ID 83707 Teléfono: 1-877-364-1843 Fax: 1-877-845-3956 MedicaidPHAProgram@dhw.idaho.gov</p>
--