

Instrucciones para rellenar la solicitud de Servicios de Rehabilitación de Menores (*Children's Rehabilitative Services*)

La División de Servicios Para Los Miembros (*Division of Member Services*) de la Unidad de Servicios de Rehabilitación de Menores (*Children's Rehabilitation Services Unit / CRS*) del programa estatal de salud pública *Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)* revisa las solicitudes para los clientes que quieren que se les denomine como pacientes CRS.

A fin de que se les denomine *CRS*, los miembros de *AHCCCS* deberán requerir tratamiento activo para alguna de las condiciones médicas definidas en [A.A.C. R9-22-1303](#).

Si la persona solicitante no es miembro de *AHCCCS* en la actualidad, deberá inscribirse así:

- Solicitar por Internet en www.healtharizonaplus.gov; o
- Llamar gratis a *AHCCCS* al 1-855-432-7587; o
- Ir a la página Web <https://www.azahcccs.gov/Members/GetCovered/apply.html>, imprimir y rellenar una solicitud de *AHCCCS*.

Cómo solicitar la denominación *CRS*

Para solicitar una denominación *CRS*, podrá rellenar una solicitud de *CRS* (haga clic en las áreas coloreadas a continuación) y presentarla con archivos médicos que apoyen la posible condición meritoria de *CRS*. Presente la solicitud ya rellenada a la Unidad *CRS*. Si alguna solicitud no estuviera rellenada, la condición médica del/de la cliente se atenderá con el plan de salud de *AHCCCS*.

- [Solicitud de *CRS* en inglés](#)
- [Solicitud de *CRS* en español](#)

Cualquier persona podrá rellenar una solicitud, incluso un familiar, doctor o representante del plan de salud. La Unidad *CRS* también podrá ayudarle a rellenar la solicitud. Podrá comunicarse con la Unidad *CRS* al: 602-417-4545 ó al 1-855-333-7828.

Rellene la información siguiente en la solicitud de *CRS*:

- La clave de identificación de *AHCCCS* y el plan de salud actual de *AHCCCS* si la persona solicitante fuera miembro actual de dicho plan. Si no, indique si la persona solicitante lo ha indicado en la sección uno (1) de la solicitud de *CRS*;
- Nombre de pila o primer nombre, segundo nombre y apellido;
- Fecha de nacimiento;
- Sexo;
- Número del Seguro Social;
- Nombre, vínculo o parentesco con solicitante, dirección postal y números de teléfono del padre, la madre o el/la representante de la persona solicitante;
- Nombre, domicilio y señas de contacto de médico de cabecera;
- Diagnóstico principal, incluso información de plan de tratamiento;
- Nombre, agencia y número de teléfono de la fuente de la remisión (cuando alguien que no sea el padre, la madre o el/la representante de la persona solicitante rellene una solicitud, esto se conoce como remisión); y
- Indique el vínculo o parentesco entre la fuente de remisión y la persona solicitante.

NOTA: Los solicitantes no podrán recibir una denominación *CRS* ni servicios de *CRS* hasta que se conviertan en miembros de *AHCCCS*.

No se olvide de enviar la información que apoye el diagnóstico médico y la necesidad de tratamiento. Las personas solicitantes podrán comunicarse con sus doctores para ayudarles a recopilar la información médica.

La solicitud ya rellena con la información médica adjunta se podrá enviar por correo o por fax a:

AHCCCS/Children's Rehabilitative Services
801 East Jefferson
MD3500
Phoenix, AZ 85034
Fax: 602-252-5286

Unidad *CRS*: 602-417-4545 ó 1-855-333-7828

La Unidad *CRS* le notificará por escrito cuando la solicitud de *CRS* se autorizare o rechazare.

Actualizado en octubre del 2018