

Use este formulario como portada cuando envíe documentación medicamento frágil: incluido el formulario de certificación del proveedor o el formulario de falta de vivienda crónica, y / o documentación médica.

Para: Medically Frail Review Team

Fecha: \_\_\_\_\_

Enviado:

En línea a <http://dhhs.ne.gov/pages/accessnebraska.aspx>

Por correo electrónico a [dhhs.medfrailreview@nebraska.gov](mailto:dhhs.medfrailreview@nebraska.gov)

Por correo a Nebraska DHHS

Attention: Heritage Health Adult Medically Frail Determinations  
301 Centennial Mall South, Lincoln, NE 68509

Numero de Paginas (incluyendo esta): \_\_\_\_\_

Enviado por: \_\_\_\_\_

(Nombre del miembro o proveedor quien envía/Instalación)

Información de quien envía:

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Comentarios:

La información en este documento es confidencial y contiene información de salud protegida. La información debe tratarse como confidencial, privada y protegida de manera consistente con la Ley de Seguridad Social y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y las regulaciones de implementación. Esta información solo puede divulgarse de acuerdo con las regulaciones federales que se encuentran en 42 CFR 480.108-108. Si recibió esta comunicación por error, notifique al remitente de inmediato.