

Forma de solicitud de transición de cuidado de planes de salud

Meritain Health
an  **aetna** company

Complete la forma y envíela a
Meritain Health
P.O. Box 853921
Richardson, TX 75085-3921
Fax: 1.763.852.5078
Correo electrónico:
continuitycarerequest@meritain.com

Esta forma constituye una solicitud formal a su plan de salud para que cubra la continuación del cuidado provisto por un proveedor tratante fuera de la red, por un período específico. Le enviaremos la determinación de cobertura por correo. Si no se aprueba esta solicitud de cobertura, el cuidado del proveedor fuera de la red recibido con posterioridad a la fecha de entrada en vigor del plan, o con posterioridad al final del contrato del proveedor con la red preferida primaria, se procesará al nivel de beneficios fuera de la red (según su plan en particular).

Esta es la forma de cobertura de transición de cuidado que solicitó al plan de salud.

Aspectos que debe conocer sobre la cobertura de transición de cuidado

Más adelante, encontrará respuestas a las preguntas frecuentes sobre la cobertura de transición de cuidado. Debe leerlas antes de completar esta forma.

No corresponde solicitar cobertura de transición de cuidado si su proveedor forma parte de la red del plan (es un proveedor participante)

o es parte del nivel de beneficios más alto de su plan. El directorio de búsqueda de proveedores en línea está disponible en el sitio web del plan de salud. Allí podrá averiguar si su médico pertenece a la red y obtener ayuda para encontrar un proveedor participante en su plan de salud. También puede comunicarse con nosotros al número que figura en su tarjeta de identificación.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE LA COBERTURA DE TRANSICIÓN DE CUIDADO

P. ¿Qué es la cobertura de transición de cuidado?

R. La cobertura de transición de cuidado (TOC) es temporal. Puede obtenerla cuando se inscribe en un plan de beneficios médicos o cuando cambia de plan y el médico que le brinda tratamiento presenta alguna de estas características:

- No pertenece a la red del plan.
- No forma parte de la red Aexcel, del nivel 1 de beneficios (para los planes que tienen una red con niveles) ni de redes específicas del patrocinador del plan, y sus beneficios cambian para incluir alguna de estas redes.

La cobertura de TOC también puede solicitarse cuando su médico abandona la red del plan o su designación cambia, o si existen ciertas leyes o regulaciones que requieren cobertura. La cobertura de TOC aprobada le permite a un miembro que está recibiendo tratamiento continuar con este **por un período limitado** al nivel de beneficios más alto del plan.

La cobertura de transición de cuidado corresponde solo para el médico que se solicitó. Con excepción de Nueva York, es posible que la cobertura de TOC no incluya centros de cuidado de salud, prestadores de equipo médico duradero ni artículos de farmacia. Si aprobamos la cobertura de TOC, el médico debe utilizar un centro de cuidado de salud, un prestador de equipo médico duradero o un prestador de servicios de farmacia que pertenezcan a la red del plan. Si quiere solicitar la cobertura para un prestador o un centro que están fuera de la red del plan, llame al número de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación.

P. Si un médico me trata actualmente, ¿por qué podrían rechazar mi solicitud de cobertura de TOC?

R. Si recibe tratamiento en la actualidad, el procedimiento o el servicio debe ser un beneficio cubierto. Su médico también debe aceptar los términos que se explican en la forma de solicitud de TOC.

P. ¿Cuánto dura la cobertura de TOC?

R. Por lo general, la cobertura de TOC dura 90 días, aunque esto puede variar según la situación (por ejemplo, en el caso de un embarazo). Se le informará si su solicitud de cobertura de TOC se aprueba y por cuánto tiempo.

P. ¿Cómo me inscribo para recibir cobertura de TOC?

R. Comuníquese con Servicios al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Debe enviar una forma de solicitud de TOC al plan de salud en el plazo que corresponda:

- dentro de los 90 días posteriores a su inscripción o reinscripción;
- dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que el proveedor del cuidado de la salud dejó de pertenecer a la red del plan;
- dentro de los 90 días posteriores al cambio de designación de un médico en la red.

Tanto usted como su médico pueden enviar la forma de solicitud.

P. ¿Cómo sabré si se aprueba mi solicitud de cobertura de TOC?

R. Recibirá una carta a través del servicio de correo de los Estados Unidos. En ella le informaremos si su solicitud fue aprobada o no.

P. ¿Qué debo hacer si tengo más preguntas sobre la cobertura de TOC?

R. Comuníquese con Servicios al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación. Si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental de la TOC, puede llamar al número de Servicios al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación o, si está impreso, al número de servicios de salud mental o salud emocional y psicológica.

Tenga en cuenta que esta forma se debe completar únicamente en las siguientes circunstancias:

- Usted (o un miembro de la familia cubierto) está en tratamiento activo y visita a un médico que no participa en la red preferida primaria de médicos u hospitales.
- Usted (o un miembro de la familia cubierto) tiene una cirugía programada o un ingreso en el hospital planificado pronto en un centro que no pertenece a su red preferida primaria.

Esta forma de solicitud de transición de cuidado no debe interpretarse como una garantía de beneficios. Los beneficios están sujetos a las disposiciones del plan descritas en la *Descripción resumida del plan* y se aplican a los deducibles, el coseguro y los montos máximos del plan, entre otras cosas. La aprobación se basará en el supuesto de que el reclamante recibirá estos servicios mientras cuenta con la cobertura del plan y cumplirá con todas las demás disposiciones del plan (según corresponda) y que el plan de tratamiento no cambiará. Una vez que recibamos el reclamo, tomaremos una determinación final sobre los beneficios.

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO

1. Complete las secciones 1, 2 y 3.
2. Lea la autorización, firme esta parte de la forma y póngale la fecha. Si el paciente tiene 17 años de edad o más, también debe firmar esta forma y ponerle la fecha.
3. Entregue la forma al proveedor del cuidado de la salud o al médico tratante del paciente que no formen parte de la red. Dichos proveedores completarán la sección 4 y enviarán la forma completa por fax, correo postal o correo electrónico a Meritain Health.

1. Información del empleador	Nombre del empleador (en letra de imprenta)	Fecha de entrada en vigor del plan (obligatorio)
2. Información del empleado o paciente	Nombre del empleado (en letra de imprenta)	N.º de identificación (o de Seguro Social)
	Dirección del empleado (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
	Nombre del paciente (en letra de imprenta)	N.º de teléfono
3. Autorización	Solicito que se apruebe la cobertura del cuidado actual que brinda el proveedor del cuidado de la salud que figura más abajo para el tratamiento que comenzó antes de la fecha de entrada en vigor del plan de salud, antes de que finalizara el contrato del proveedor con la red del plan de salud o antes de que cambiara la designación del proveedor en la red. Si se aprueba, comprendo que la autorización de cobertura para los servicios que se indican a continuación tendrá validez por un cierto período. También entiendo que la cobertura estará sujeta a los beneficios, las exclusiones, los límites y los montos máximos de mi plan a la fecha en la que se presten los servicios. Autorizo al proveedor del cuidado de la salud a enviar toda la información o los registros médicos necesarios al plan de salud para que pueda tomarse una decisión.	
	Firma del paciente (obligatoria si el paciente tiene 17 años de edad o más)	Fecha (dd/mm/aaaa)
	Firma del padre o de la madre (obligatoria si el paciente tiene 16 años de edad o menos)	Fecha (dd/mm/aaaa)

4. Información de proveedores	<p>El paciente antes mencionado es miembro a partir de la fecha de entrada en vigor que se indicó más arriba. Entendemos que usted no es proveedor participante de la red del plan de salud o que pronto dejará de serlo. El paciente solicitó la cobertura de su cuidado durante un período específico. Si aprobamos esta solicitud, usted acepta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar tratamiento al paciente y realizar el seguimiento. • No solicitar a este paciente el pago de ningún monto que no sea responsabilidad del paciente conforme a su plan de beneficios (por ejemplo, copagos, deducibles u otros costos de desembolso del paciente) o conforme a derecho. • Compartir información con nosotros acerca del tratamiento del paciente. <p>También acepta utilizar la red del plan de salud para cualquier remisión, estudio de laboratorio u hospitalización cuando los servicios no sean parte del tratamiento solicitado.</p> <p>Complete la información solicitada a continuación para que podamos evaluar la solicitud de su paciente. Incluya una breve descripción de cuál es la enfermedad y el plan de tratamiento actuales del miembro. En el caso de un embarazo, indique la fecha estimada de parto de la paciente.</p>	
	Nombre del médico tratante o proveedor del cuidado de la salud (en letra de imprenta)	N.º de teléfono
	Nombre del grupo del médico fuera de la red si es diferente del indicado antes (en letra de imprenta)	Identificación fiscal del proveedor
	Dirección del médico tratante o proveedor del cuidado de la salud (en letra de imprenta)	
	Hospital donde trabaja el médico tratante o proveedor del cuidado de la salud	N.º de teléfono del hospital
	Diagnóstico del paciente	Duración prevista del tratamiento
	<p>Enfermedad actual del paciente</p> <p>1. ¿La paciente está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", indique la fecha prevista del parto (dd/mm/aaaa): _____</p> <p>2. ¿El paciente está recibiendo tratamiento por una condición grave, enfermedad grave o traumatismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Tiene el paciente programada una cirugía u hospitalización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha prevista de cirugía o ingreso: _____</p> <p>4. ¿El paciente está recibiendo quimioterapia, radioterapia, terapia oncológica o cuidados de hospicio, o es candidato para un trasplante de órganos? Especifique: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. Si el tratamiento solicitado se relaciona con un trasplante de órganos, ¿el paciente estuvo en lista de espera? Si la respuesta es "Sí", indique la fecha en la que se agregó a la lista de espera. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C Fecha: ____ / ____ / ____</p> <p>6. ¿El paciente está recibiendo tratamiento debido a una cirugía mayor reciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿El paciente está recibiendo tratamiento por consumo de sustancias o de salud mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. Si no respondió que "Sí" a ninguna de las preguntas anteriores, describa la enfermedad por la que el paciente solicita transición de cuidado:</p>	

Al aprobarse esta solicitud, si así fuera, usted acepta brindarle tratamiento al miembro y realizar el seguimiento; no solicitarle al miembro ningún monto que este no tendría la obligación de pagar si usted fuera un proveedor participante; compartir información sobre el plan de tratamiento con nosotros; y utilizar la red de proveedores preferida primaria del plan para realizar las remisiones necesarias, estudios de laboratorio u hospitalizaciones.

Firma del médico tratante o proveedor del cuidado de la salud	Fecha (dd/mm/aaaa)
--	---------------------------