



## Formulario de solicitud de continuidad/transición de atención (California)

### INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA TRANSICIÓN

#### Objetivo de la continuidad/transición de atención

El Programa de Asistencia para la Transición (Transition Assistance Program) proporciona un proceso para que los miembros continúen con su atención en los siguientes casos:

- Su Grupo Médico Primario (PMG), Asociación de Práctica Médica Independiente (IPA), proveedor de Organización de Proveedores Preferidos (PPO), hospital u otro proveedor dejan de formar parte de la red de proveedores participantes de Anthem Blue Cross.
- Son personas recién afiliadas a Anthem Blue Cross y el proveedor de su tratamiento formaba parte de la red de proveedores participantes de su plan anterior, pero no forma parte de la red de proveedores participantes de Anthem Blue Cross.
- La continuidad de la atención está en riesgo por motivos que exceden la voluntad del miembro.

**Ten en cuenta:** Los afiliados que hayan **elegido** realizar cambios en su cobertura que causen que el proveedor de tu tratamiento ya no sea participante no reúnen las condiciones para este programa.

**Ten en cuenta:** Si actualmente necesitas atención para tratar alguna afección crónica y no estás atravesando una fase aguda de tu enfermedad, y esta enfermedad requiere un plan de tratamiento especial, debes elegir un proveedor participante que cubra tus necesidades continuas de cuidado de la salud y no necesitas completar este formulario. Si necesitas ayuda para elegir un nuevo proveedor, comunícate con Servicios para afiliados de Anthem Blue Cross.

#### Cuándo completar el formulario de solicitud de continuidad/transición de atención

Puedes solicitar la continuidad/transición de la atención para seguir recibiendo servicios cubiertos del proveedor de tu tratamiento que no sea participante si tienes alguna de las siguientes afecciones:

- **Una afección aguda.** Una afección aguda es una afección médica o de salud del comportamiento cuyos síntomas aparecen repentinamente a causa de una enfermedad, una lesión u otro problema médico o de salud del comportamiento que requiere atención médica inmediata y su duración es limitada. Pueden seguir proporcionándose los servicios cubiertos mientras exista la afección aguda.
- **Una afección crónica y grave.** Una afección crónica y grave es una afección médica o de salud de comportamiento causada por una enfermedad o por otro problema o trastorno médico o de salud de comportamiento grave, que persiste y no se cura totalmente, que empeora con el tiempo o que requiere tratamiento continuo para mantenerse en remisión o evitar el deterioro. Pueden seguir proporcionándose los servicios cubiertos durante el tiempo necesario para completar el tratamiento y para planear la derivación segura a otro proveedor, según lo determine el plan médico en consulta con el afiliado y con el proveedor no participante o que ya no forma parte de la red de proveedores participantes, y siempre que se ajuste a las prácticas profesionales.
- **Un embarazo.** Un embarazo son los tres trimestres del embarazo y el periodo de posparto inmediatamente posterior. Pueden seguir proporcionándose los servicios cubiertos durante el embarazo.
- **Una enfermedad terminal.** Una enfermedad terminal es una afección incurable o irreversible que tiene un alto grado de probabilidad de causar la muerte en un plazo de un año o menos. Pueden seguir proporcionándose los servicios cubiertos durante la enfermedad terminal por un periodo que podrá exceder los 12 meses desde la fecha de finalización del contrato, o 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para un nuevo afiliado.
- **La atención de un hijo recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de edad.**
- Se programa una cirugía u otro procedimiento autorizado por el plan anterior o su proveedor responsable para realizarse dentro de los 180 días a partir de la fecha de finalización del contrato o dentro de los 180 días de la fecha a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para una persona recién afiliada.

**Si una o más de las situaciones descritas anteriormente se aplica a tu caso y te gustaría saber si eres elegible para el Programa de Asistencia para la Transición, haz lo siguiente:**

- Llama al número de Servicios para miembros que figura al dorso de tu tarjeta de Anthem Blue Cross o al número de Servicios para miembros que te proporcionaron en la inscripción abierta, y ellos te ayudarán a completar tu solicitud por teléfono.
- O bien, envía por fax el formulario de solicitud para **California** al 1-877-214-1781.

Para asegurarte de que no se interrumpa tu atención, completa el siguiente formulario en su totalidad. *Completa este formulario solo si recibes atención actualmente o si has programado recibirla. **En caso de atención médica:** Si te cambiarás a un plan PPO o EPO y tu proveedor médico actual participa en nuestra red; o si te cambiarás a un plan HMO o POS, y no planeas cambiar de PMG o IPA, no debes completar este formulario. Si actualmente tienes un plan HMO o POS, y tu proveedor dejará el PMG/IPA, no debes completar este formulario, sino que debes comunicarte con tu PMG/IPA y ellos te ayudarán a realizar la transición con un proveedor participante. **En caso de cuidado de la salud del comportamiento:** Si cambiarás de plan y tu proveedor no se encuentra en la red de Anthem, completa este formulario.*



## Formulario de solicitud de continuidad/transición de atención (California)

**Completa el formulario en su totalidad, no dejes espacios en blanco. Indica "N/C" si la información solicitada no se aplica a tu caso.** Por favor, completa un formulario para cada miembro de la familia que necesite transición de atención con otro proveedor.

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de identificación de Anthem Blue Cross del suscriptor: \_\_\_\_\_

Empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Anthem Blue Cross: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Relación con el suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono preferido: \_\_\_\_\_  Residencial  Laboral  Celular

Núm. de teléfono secundario: \_\_\_\_\_  Residencial  Laboral  Celular

Nombre del plan del seguro anterior: \_\_\_\_\_

Tipo del plan anterior:  HMO  Vivity  POS  PPO  EPO  CDHP  OTRO

Número de identificación del miembro o del expediente médico del plan del seguro anterior: \_\_\_\_\_

Nuevo plan de Anthem Blue Cross:  HMO  Vivity  POS  PPO  EPO  CDHP  OTRO

¿Es un nuevo afiliado en Anthem Blue Cross?  Sí  No

Nombre del PMG/IPA en el plan anterior: \_\_\_\_\_ Nombre del nuevo PMG/IPA en Anthem Blue Cross: \_\_\_\_\_

En el caso de una interrupción en la red (cuando el PMG, IPA, proveedor de PPO o el hospital ya no forman parte de la red de proveedores participantes de Anthem Blue Cross), indica el nombre del hospital o proveedor anterior: \_\_\_\_\_

Diagnóstico (incluye antecedentes pertinentes y resultados de exámenes físicos): \_\_\_\_\_

1. ¿Tienes programada una cita con un especialista?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, proporciona la información correspondiente a continuación:

Tipo de especialista	Nombre del proveedor (primer nombre, apellido)	Proveedor Número de teléfono	Fecha de Visita al consultorio	Motivo
Especialista en enfermedades del corazón				
Especialista en enfermedades del pulmón				
Especialista en enfermedades de la sangre o en cáncer				
Neurólogo				
Especialista en enfermedades infecciosas				
Especialista en enfermedades del riñón				
Especialista en salud del comportamiento				



## Formulario de solicitud de continuidad/transición de atención (California)

Especialista en ortopedia				
Obstetra (por un embarazo) Fecha de vencimiento: Hospital donde se realizará el parto:				
Otro: Sé específico				

2. ¿Recibes actualmente alguno de los siguientes servicios?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, proporciona la información correspondiente a continuación:

Servicios	Centro o compañía, proveedor médico o de la salud del comportamiento
Laboratorio clínico	
Oxígeno	
Medicación IV/quimioterapia	
Fisioterapia	
Radioterapia	
Terapia a domicilio	
Tratamiento de rehabilitación	
Trasplante de órganos o células madre/médula ósea	
Equipo médico	
Administración de medicación para una afección de la salud del comportamiento	
Diálisis	

3. ¿Has programado una hospitalización, una cirugía u otro procedimiento?  Sí  No

Fecha \_\_\_\_\_ Tipo de cirugía/procedimiento \_\_\_\_\_

Nombre/Número de teléfono del médico que realizará la cirugía/el procedimiento \_\_\_\_\_

Hospital/Centro \_\_\_\_\_

4. ¿Has sido internado en el hospital o has visitado la sala de emergencias en los últimos 6 meses?  Sí  No

Motivo \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_

Fecha(s) de servicio \_\_\_\_\_

5. Otras necesidades \_\_\_\_\_

Por el presente, autorizo al proveedor antes mencionado a proporcionar al Departamento de Asistencia para la Transición o al Departamento de Administración de Atención de Anthem Blue Cross toda la información y los expedientes médicos necesarios para tomar una decisión informada con respecto a mi solicitud de continuidad/transición de la atención. Comprendo que el Departamento de Asistencia para la Transición o el Departamento de Administración de Atención de Anthem Blue Cross podrán compartir información y analizar la atención con mi médico/grupo médico de cuidados primarios en virtud de mi plan de Anthem. Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de este formulario de autorización.

Además, autorizo a Anthem Blue Cross a dejarme información confidencial en mi correo de voz, a los siguientes números



## Formulario de solicitud de continuidad/transición de atención (California)

que figuran más arriba. Marque los que correspondan:

Residencial  Celular  Laboral  NO dejar información confidencial en mi correo de voz.

Firma del paciente si tiene 18 años de edad o más:

Fecha:

Firma del padre/madre o tutor si el paciente es menor de 18 años de edad:

Fecha: