

## Formulario de solicitud de continuidad de la atención/transición de la atención

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

**¿Qué es la transición de la atención?** La cobertura de transición de la atención le permite seguir recibiendo servicios para afecciones médicas y conductuales especificadas por un período determinado mediante profesionales de atención de la salud que no pertenecen a la red de SWHP/ICSW hasta que se pueda coordinar la transición segura a la atención de un médico o una instalación participantes. Debe solicitar la transición de la atención en el momento de la inscripción o cuando haya un cambio en la red de proveedores de SWHP/ICSW, pero antes de que se cumplan 30 días de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura.

**¿Qué es la continuidad de la atención?** La continuidad de la atención le permite recibir servicios a niveles de cobertura dentro de la red para afecciones médicas y conductuales especificadas por un período determinado. La continuidad de la atención se produce cuando hay cambios en su red de SWHP/ICSW y hay razones clínicas que impiden la transferencia inmediata de la atención a un proveedor de la red. Se debe enviar un formulario de solicitud para estos servicios a SWHP/ICSW dentro de los 30 días posteriores al cambio en la red.

#### **Cómo funciona la transición de la atención/continuidad de la atención:**

- Usted debe estar recibiendo tratamiento para la afección identificada en el formulario de solicitud de transición de la atención/continuidad de la atención.
- Si la transición de la atención/continuidad de la atención se aprueba para afecciones médicas o conductuales, usted recibirá cobertura al nivel “dentro de la red” para que el profesional de atención de la salud siga brindándole tratamiento para su afección específica por un período determinado, según lo establezca SWHP/ICSW. Si su plan incluye cobertura fuera de la red y usted decide continuar la atención fuera de la red cuando finalice el período aprobado por SWHP/ICSW, usted debe seguir las disposiciones sobre atención fuera de la red de su plan. Esto incluye cualquier requisito de certificación previa y cualquier costo compartido o facturación del saldo que pueda establecer el proveedor fuera de la red.
- Si se aprueba, la cobertura de la transición de la atención/continuidad de la atención se aplica solamente al tratamiento de la afección médica o conductual especificada y al profesional de atención de la salud identificado en el formulario de solicitud. Un profesional de atención de la salud dentro de la red debe ocuparse de todas las demás afecciones para que usted reciba los niveles de cobertura dentro de la red.
- La disponibilidad de la cobertura de la transición de la atención/continuidad de la atención no garantiza que un tratamiento sea necesario desde el punto de vista médico. Tampoco constituye una certificación previa para que se proporcionen servicios médicos. Según la solicitud real, se puede necesitar una determinación de la necesidad médica y una certificación previa formal para que se cubra un servicio.

**Algunos ejemplos de afecciones médicas agudas que pueden calificar para la transición de la atención/continuidad de la atención incluyen, entre otros, los siguientes:**

- Atención de rutina durante el segundo o tercer trimestre del embarazo en el momento de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura o en el momento de la finalización de los servicios del profesional de atención médica.
- Embarazo de alto riesgo en el momento de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura o en el momento de la finalización de los servicios del profesional de atención médica. Esto se define de las siguientes maneras:
  - parto prematuro (tres semanas antes de la fecha prevista) en un embarazo anterior;
  - la paciente ha tenido/tiene diabetes gestacional;
  - hipertensión inducida en el embarazo;
  - múltiples admisiones hospitalarias durante este embarazo;
  - la madre tiene más de 35 años.
- Cáncer diagnosticado por primera vez o cáncer recurrente en medio de quimioterapia, radioterapia o reconstrucción.
- Trauma.
- Candidatos a trasplantes, receptores inestables o receptores que necesitan atención continua debido a complicaciones asociadas con un trasplante.
- Cirugías mayores recientes que todavía se encuentran en período de seguimiento (generalmente, de seis a ocho semanas).
- Afecciones agudas en tratamiento activo, como infartos, accidentes cerebrovasculares, afecciones crónicas inestables, etc. A los fines de esta póliza, "tratamiento activo" se define como una visita médica u hospitalización con cambios documentados en un régimen terapéutico dentro de los 21 días previos a su fecha de entrada en vigencia del plan o a la fecha de la finalización de los servicios del profesional de atención de la salud.
- Hospitalización en la fecha de entrada en vigencia del plan.
- Afecciones médicas conductuales durante el tratamiento activo.

**¿Cuál es el plazo permitido para realizar la transición a un nuevo profesional de atención de la salud participante?**

Si SWHP/ICSW determina que la transición a un profesional de atención de la salud participante no es recomendable ni segura para las afecciones que cumplen con los requisitos, se autorizarán los servicios del profesional de atención de la salud no participante aprobado por un período específico o hasta que haya finalizado la atención o la transición a un profesional de atención de la salud participante, lo cual, generalmente, no debe exceder los 90 días a menos que se autorice de otra forma por un período adicional.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Si usted solicita atención continua para cualquier afección crónica y no se encuentra en una fase aguda de la enfermedad o en una que requiera un curso especial de tratamiento, debe seleccionar un proveedor dentro de la red para satisfacer sus necesidades de atención médica continua y no necesita completar este formulario. Si necesita ayuda para seleccionar un nuevo proveedor, llame a nuestro Customer Advocacy Department (Departamento de Defensa del Cliente) al 1-800-321-7947.



**Si una o más de las situaciones mencionadas se aplican a usted y le gustaría saber si es elegible para participar en la transición de la atención, haga alguna de las siguientes acciones:**

- Llame al número de Customer Advocacy que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación y el personal lo ayudará a entender cómo completar el formulario. Customer Advocacy lo ayudará a encontrar un proveedor de la red. El Health Services Department (Departamento de Servicios de Salud) de SHWP/ICSW determinará si usted califica para una transición o continuación de la atención.
- Envíe por fax este formulario de solicitud completo al Health Services Department de SWHP/ICSW al 1-800- 626-3042.
- Envíe el formulario por correo postal a Scott and White Health Plan, 1206 West Campus Drive, MS-A4-126, Temple, Texas 76502 ATTN: Health Services Department.

Para ayudarnos a garantizar que no se interrumpa su atención, complete todo el formulario a continuación. Solo complete este formulario si recibe atención continua o tiene programado recibir atención y su proveedor actual no forma parte de nuestra red. Si su proveedor no forma parte de nuestra red y necesita ayuda para encontrar a un proveedor de la red, llame a *Customer Advocacy* y el personal lo ayudará a encontrar uno.

### Formulario de solicitud de continuidad de la atención/transición de la atención

Transición de la atención: nuevo inscrito

Continuidad de la atención: miembro existente cuya red de proveedores ha cambiado

Complete el formulario en su totalidad y no deje espacios en blanco. Si la información solicitada no corresponde a su situación, escriba N/C. Complete un formulario distinto para cada miembro de la familia que necesite la transición de la atención a otro proveedor.

Empleador	N.º de póliza	Fecha de inscripción en SWHP/ICSW (dd/mm/aaaa)		
Nombre del empleado	N.º de Seguro Social del empleado o ID alternativa	Teléfono del trabajo	Teléfono particular/teléfono celular	
Dirección particular postal	Calle	Ciudad	Estado	Código
				Dirección de correo electrónico
Nombre del paciente	N.º de Seguro Social del paciente o ID alternativa	Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa)	Relación con el empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Empleado	

- ¿La paciente está embarazada y se encuentra en el segundo o tercer trimestre de embarazo? Fecha aproximada de parto \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)  Sí  No
- Si la respuesta es afirmativa, ¿el embarazo se considera de alto riesgo? Por ejemplo, partos múltiples o diabetes gestacional  Sí  No
- Actualmente, ¿el paciente recibe tratamiento por una afección aguda o un trauma?  Sí  No
- ¿El paciente tiene programada una cirugía u hospitalización después de la fecha de entrada en vigencia de *Scott and White Health Plan*?  Sí  No
- ¿El paciente recibe tratamiento de quimioterapia, radioterapia, terapia para el cáncer o atención para una enfermedad terminal?  Sí  No
- ¿El paciente recibe tratamiento como resultado de una cirugía mayor reciente?  Sí  No
- ¿El paciente recibe tratamiento de diálisis?  Sí  No
- ¿El paciente es candidato para un trasplante de órganos?  Sí  No
- ¿El paciente recibe tratamiento por un problema de salud mental/abuso de sustancias?  Sí  No
- Si no respondió afirmativamente a ninguna de las preguntas anteriores, describa la afección para la cual el paciente solicita la transición de la atención/continuidad de la atención. \_\_\_\_\_

11. Complete la información del profesional de atención de la salud que se solicita a continuación.

Nombre de consultorio del grupo			
Nombre del profesional de atención de la salud		N.º de teléfono del profesional de atención de la salud	
Especialidad del profesional de atención de la salud			
Dirección del profesional de atención de la salud			
Hospital donde ejerce el profesional de atención de la salud		N.º de teléfono del hospital	
Dirección del hospital			
Motivo o diagnóstico			
Fecha(s) de ingreso (dd/mm/aaaa)	Fecha de cirugía (dd/mm/aaaa)	Tipo de cirugía	
Tratamiento que se está recibiendo y duración prevista			

12. ¿Se prevé que este paciente se encuentre en el hospital cuando inicie la cobertura de SWHP/ICSW o durante los 90 días posteriores?  Sí  No

13. Mencione cualquier otra necesidad de atención continua que pueda cumplir con los requisitos para recibir cobertura de la transición de la atención/continuidad de la atención. Si estas necesidades de atención no están asociadas con la afección para la que usted solicita la cobertura de la transición de la atención/continuidad de la atención, deberá completar un formulario de transición de la atención/continuidad de la atención por separado.

---



---



---

Por el presente, autorizo al proveedor mencionado anteriormente a proporcionar a SWHP/ICSW cualquier información e historia clínica que se necesite para tomar una decisión informada en relación con mi solicitud de beneficios de transición de la atención/continuidad de la atención mediante SWHP/ICSW. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización. También autorizo a SWHP/ICSW a dejar información confidencial en el buzón de voz de los números telefónicos que se mencionaron antes. Marque todas las opciones que correspondan:

Particular  Celular  Trabajo  Correo electrónico  No dejar información confidencial en mi correo de voz

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha (dd/mm/aaaa)



ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan and Insurance Company of Scott & White comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan and Insurance Company of Scott & White cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-321-7947 (TTY: 1-800-735-2989). Scott & White Health Plan and Insurance Company of Scott & White tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.