

Formulario de solicitud de continuidad de la atención médica

Propósito de la continuidad de la atención médica

La continuidad de la atención médica es para que los miembros sigan recibiendo servicios de atención médica cuando:

- La red con la que trabaja el proveedor participante deja de brindar servicios.
- Recientemente se unieron a una red donde su proveedor actual no participa.

Completar el formulario

Los miembros pueden solicitar la continuidad de la atención médica si:

- Están recibiendo tratamiento para un problema de salud duradero que necesita atención continua.
 - **Una condición médica aguda** es una afección médica que implica una aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico. Una afección médica aguda requiere atención médica inmediata y tiene una duración limitada.
 - **Una condición crónica y grave** es una afección médica debido a una enfermedad, dolencia u otro problema médico que es de naturaleza grave. Una condición crónica y grave es aquella que persiste sin una cura completa, empeora con el tiempo o requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro.
 - Los servicios incluidos en su cobertura pueden continuar durante el tiempo necesario para completar un plan de tratamiento o para garantizar que pueda transferirse de manera segura a otro proveedor.
- Está embarazada, durante el embarazo y cuidados después del embarazo.
- Tiene un bebé recién nacido o de hasta 36 meses.
- Tiene un problema de salud mental materna.
- Tiene una enfermedad que no se puede curar y puede provocar la muerte.
- Si tiene una cirugía u otra atención planificada dentro de los 180 días posteriores al inicio, debe obtener la aprobación de su plan anterior o del proveedor que le asignaron.

Excepciones

No necesita Blue Shield of California Promise Health Plan para recibir continuidad de la atención médica para los servicios que la protección del proveedor no cubre. La protección de la continuidad de la atención médica del proveedor no incluye estos suministros o servicios:

- Otros servicios adicionales
- Proveedores de servicios escindidos

Blue Shield Promise no exige presentar una solicitud de continuidad de la atención médica para:

- Equipo médico duradero
- Traslados

Usted o su delegado autorizado de Blue Shield Promise pueden completar el siguiente formulario si está recibiendo atención o si tiene una cita programada para recibir atención. Este formulario ayuda a garantizar que su atención no tenga interrupciones.

Complete un formulario por cada miembro que desee seguir viendo a su médico actual. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Atención al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Información del suscriptor

Nombre del suscriptor:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Fecha de nacimiento:

Número de identificación del suscriptor:

Nombre del grupo del empleador:

Número de identificación de Kaiser (si corresponde):

Número de teléfono residencial:

Número de teléfono celular:

Nombre de la compañía anterior de seguro médico:

Fecha en que terminó la cobertura:

Información del paciente

Nombre del miembro (si es diferente del suscriptor):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Fecha de nacimiento:

Relación con el suscriptor:

Nombre de la compañía anterior de seguro médico:

Fecha en que terminó la cobertura:

¿El miembro está actualmente hospitalizado?

Sí o No

En caso afirmativo, nombre del hospital:

Identificador nacional de proveedor (NPI):

¿El miembro recibe actualmente atención médica domiciliaria o cuidados paliativos? Sí o No

En caso afirmativo, nombre del proveedor de atención médica domiciliaria o de cuidados paliativos:

Número de teléfono del proveedor:

Número de fax del proveedor:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

¿El miembro tiene una afección terminal?

Sí o No

Si la miembro está embarazada, ¿cuál es la fecha prevista de parto?

Nombre del hospital/centro donde se realizará el parto:

Número de teléfono del establecimiento:

Número de fax del establecimiento:

Información del proveedor

Nombre y apellido del proveedor solicitante:

Identificador nacional de proveedor (NPI):

Número de identificación fiscal de facturación:

Dirección del proveedor:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Especialidad del proveedor:

Número de teléfono del proveedor:

Número de fax del proveedor:

Afección/diagnóstico que se está tratando (código ICD-10, si está disponible):

Tratamiento (código(s) CPT, si está disponible):

Fecha de inicio original con el proveedor:

Fecha de la última visita al consultorio:

Motivo:

Fecha de próxima cita/tratamiento:

Información adicional a considerar

Indique a continuación cualquier información adicional a considerar:

Envíe por correo o fax los formularios completos a:

Blue Shield Promise Health Plan
PO Box 629005
El Dorado Hills, CA 95762
Fax: (855) 895-3506

Si tiene más preguntas, comuníquese con Atención al Cliente:

Medi-Cal

Atención al Cliente de Medi-Cal (Los Ángeles):
1-800-605-2556 (TTY: 711),
de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes.

Atención al Cliente de Medi-Cal (San Diego):
1-855-699-5557 (TTY: 711),
de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes.

Esta transmisión por fax puede contener información médica, información personal y de salud (PHI) y/o información legal, protegida y privilegiada, altamente confidencial.

La información está destinada únicamente al uso de la persona o entidad mencionada anteriormente.

Si usted no es el destinatario previsto de este material, no puede usarlo, publicarlo, discutirlo, difundirlo ni distribuirlo de ninguna otra manera. Si usted no es el destinatario previsto, o si recibió esta transmisión por error, notifique al remitente de inmediato y destruya **confidencialmente** la información que se envió por fax por error. Gracias por su ayuda para mantener la confidencialidad adecuada.