



Formulario de continuidad de la atención

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA TRANSICIÓN

Objetivo de la continuidad de la atención

La asistencia para la transición es un proceso para que los miembros continúen recibiendo atención en los siguientes casos:

- Su grupo médico primario, IPA o PPO; su hospital u otro proveedor deja de formar parte de la red de proveedores participantes.
- Se han inscrito recientemente en un plan de Anthem (con excepción de los miembros que tienen un contrato individual) y el proveedor que los trata no forma parte de la red de proveedores participantes.
- La continuidad de la atención está en riesgo por motivos que exceden la voluntad del miembro.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si necesita atención continua por una condición crónica y no está atravesando una etapa aguda de la enfermedad, que requiera un tratamiento especial, debe elegir un proveedor dentro de la red para atender sus necesidades médicas y no deberá llenar este formulario. Si necesita ayuda para elegir un proveedor nuevo, comuníquese con el Servicio al Cliente de Anthem.

Cómo completar el formulario de continuidad de la atención

Puede solicitar la continuidad de la atención en los siguientes casos:

- Se encuentra en tratamiento activo por una condición médica aguda o una condición crónica grave. **Una condición médica aguda** es una condición médica que implica la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y que tiene una duración limitada. **Una condición crónica grave** es una condición médica causada por una enfermedad o por otro problema médico grave, que persiste y no se cura totalmente, y que empeora con el tiempo; o una afección que requiere tratamiento continuo para mantenerse en remisión o evitar el deterioro. La finalización de los servicios cubiertos se puede proporcionar durante un periodo necesario para completar un curso de tratamiento y coordinar una transferencia segura a otro proveedor.
- Se encuentra en tratamiento activo por una condición de salud conductual.
- Está embarazada, sin importar el trimestre.
- Tiene una enfermedad terminal.
- Debe someterse a una cirugía u otro procedimiento, autorizados por el plan anterior o su proveedor responsable, que están programados para realizarse dentro de los 180 días de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para una persona recién inscrita.

Envíe los formularios completos por los siguientes medios:

- Dirección: **Anthem BCBS National Accounts**
15 Plaza Dr
Mail Drop NY59-15-3L-9999
Latham, NY 12110
Attn: General Dynamics Medical Management Team
- Número de teléfono: **1-844-274-9561**
- Fax: **1-888-438-7061**



Formulario de continuidad de la atención

Para asegurarse de que no se interrumpa su atención, llene el formulario a continuación en su totalidad. *Llene este formulario solo si recibe atención continua o si ha programado recibirla. **En caso de atención médica:** si actualmente tiene un plan PPO o EPO, y se cambiará a un plan PPO o EPO de Anthem, y su proveedor médico actual participa en nuestra red; o si tiene un plan HMO y se cambiará a un plan HMO de Anthem, y no planea cambiar de grupo médico o IPA, no debe llenar este formulario. **En caso de atención de la salud conductual:** si cambiará de plan, y su proveedor no se encuentra en la red de Anthem, llene este formulario.*

Llene el formulario en su totalidad, no deje espacios en blanco. Complete un formulario para cada miembro de la familia que necesite transición de atención con otro proveedor.

Nombre del suscriptor _____ Núm. de identificación del suscriptor _____

Empleador _____ Fecha de vigencia con Anthem _____

Nombre del paciente _____ Relación con el suscriptor _____

Núm. de teléfono de casa _____ Núm. de teléfono celular _____

Núm. de teléfono del trabajo _____ Ext.: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del hospital o proveedor: _____ Marque con un círculo el tipo de plan que finaliza: HMO, PPO, EPO, CDHP

Diagnóstico (incluye antecedentes pertinentes y resultados de exámenes físicos) _____

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

Si la respuesta es positiva, proporcione la información correspondiente a continuación:

| Tipo de especialista | Nombre del proveedor (apellido, nombre) | Número de teléfono del proveedor | Fecha de la visita al consultorio | Motivo |
|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|--------|
| Especialista del corazón | | | | |
| Especialista de los pulmones | | | | |
| Especialista en cáncer o la sangre | | | | |
| Neurólogo | | | | |
| Especialista en enfermedades infecciosas | | | | |
| Especialista en riñones | | | | |
| Especialista de la salud conductual | | | | |
| Especialista ortopédico | | | | |
| Obstetra para un embarazo Fecha de parto: Servicios hospitalarios para el parto: | | | | |
| Otro: sea específico | | | | |

Formulario de continuidad de la atención

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

| Servicios | Centro o compañía, proveedor médico o de la salud conductual |
|--|--|
| Laboratorio clínico | |
| Oxígeno | |
| Medicamentos por vía IV/quimioterapia | |
| Fisioterapia | |
| Radioterapia | |
| Terapia en su casa | |
| Tratamiento de rehabilitación | |
| Trasplante de órganos o células madre/ médula ósea | |
| Equipo médico | |
| Administración de medicamentos por una condición de la salud conductual | |
| Diálisis | |

3. ¿Ha 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. ¿Ha sido internado en el hospital o ha visitado la sala de emergencia en los últimos 6 meses? Sí/No

Motivo _____ Hospital _____
 Fecha(s) del servicio _____

5. Otras necesidades _____

Por el presente, autorizo al proveedor antes mencionado a proporcionar/seleccionar un nombre según la región que realiza la administración de UM/BH toda la información y los expedientes médicos necesarios para tomar una decisión informada con respecto a mi solicitud de beneficios de Continuidad de la atención en virtud del nombre seleccionado, según la región. Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de este formulario de autorización. Además, autorizo a Anthem BlueCross BlueShield a dejar información confidencial en mi correo de voz, a los números que figuran más arriba, marcar todo lo que corresponda:
 Casa Celular Trabajo
 NO dejar información confidencial en mi correo de voz.

| | |
|---|-------|
| Firma del paciente si tiene 18 años de edad o más | Fecha |
| Firma del padre, de la madre o del tutor si el paciente es menor de 18 años de edad | Fecha |