

Formulario de Pedido de Continuidad de la Atención

La continuidad de la atención es un proceso que les permite a los miembros seguir recibiendo atención de su proveedor en ciertas circunstancias si su empleador cambia de plan, si su o sus proveedores han sido cancelados de la red de proveedores participantes o si su plan de salud se ha retirado del mercado. La cobertura depende de los términos y las condiciones de su plan, así como del problema de salud por el que recibe tratamiento actualmente.

Si usted cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para seguir el tratamiento con su médico actual. Revise el folleto de continuidad de la atención de Blue Shield of California en blueshieldca.com/forms.

También puede revisar la siguiente información para ver si califica. Si necesita ayuda, llame a los números de Servicio al Cliente que están en la página 3 de este formulario.

Instrucciones:

Revise la Parte 1 de este formulario, que incluye información general sobre cómo calificar para los servicios de continuidad de la atención.

Nota: Esto está sujeto a la elegibilidad y a los términos y las condiciones de su plan.

Complete la Parte 2 de este formulario, en la que se pide información sobre el tratamiento que recibe actualmente el miembro y el o los proveedores que participan en su atención.

Complete la Parte 3 adjuntando la documentación que se pide sobre el tratamiento:

- Las notas de progreso actuales del o de los proveedores del miembro.
- El plan de tratamiento del miembro (si está aparte).

Revise la Parte 4, que incluye la sección sobre la certificación y la autorización.

Parte 1: Situaciones médicas calificantes

Según su plan, puede calificar para seguir el tratamiento con su proveedor actual si está en alguna de las siguientes situaciones (los períodos cambian):

- Enfermedad terminal.
- Tratamiento activo de un problema médico agudo, de un trastorno de salud mental o por el uso de sustancias adictivas o de un problema de salud mental materno.
- Un problema de salud grave y complejo, o como parte de un tratamiento activo de un problema de salud crónico grave.
- Atención durante el embarazo, independientemente del trimestre, o atención después del parto.
- Atención de un recién nacido hasta los 36 meses.
- Cirugía u otro procedimiento que haya sido previamente autorizado por el plan como parte de un tratamiento documentado; el proveedor recomendó y documentó que se haga dentro de los 180 días después de la cancelación de su proveedor o del comienzo de su nueva cobertura de Blue Shield.
- Actualmente recibe atención en una institución o como paciente internado.

Parte 2: Información sobre el proveedor y los tratamientos actuales

Marque una casilla: ☐ Tratamiento médico ☐ Salud de la conducta (salud mental/uso de sustancias adictivas)

Información del paciente

Nombre:	Identificación del suscriptor:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Relación con el suscriptor:	
N.º de teléfono principal:	N.º de teléfono secundario:	
¿Su empleador cambiará su plan de salud?	☐ Sí o ☐ No	
Compañía de seguros de salud anterior (si corresponde):		
Número de historia clínica de Kaiser (si corresponde):	Miembro de CalPERS: ☐ Sí o ☐ No	
Fecha en que terminó la cobertura:	¿Se sigue ofreciendo el plan de salud anterior? ☐ Sí o ☐ No	

Información médica del paciente

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

Nombre del hospital/centro de atención donde nacerá el bebé:	Nombre del obstetra/ginecólogo:
¿El miembro está actualmente hospitalizado? ☐ Sí o ☐ No	Nombre del hospital:
¿El miembro tiene una enfermedad terminal?	

Información adicional importante

Incluya cualquier información adicional importante:

Información del proveedor

Nombre y apellido del proveedor que hace el pedido:

Id. de proveedor nacional (NPI):	N.º de id. fiscal de facturación:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
N.º de teléfono:	N.º de fax:	
Especialidad del proveedor:		
Situación/diagnóstico que se trata (código ICD-10, si está disponible):		
Código(s) CPT del tratamiento programado (si está[n] disponible[s]):		
Fecha de la última visita al consultorio/del último tratamiento:		
Fecha de la próxima visita/del próximo tratamiento:		

Parte 3: Adjunte los siguientes documentos para cada proveedor

- Las notas de progreso actuales del o de los proveedores del miembro.
- El plan de tratamiento del miembro (si está aparte).

Parte 4: Revisión

Tenga en cuenta lo siguiente:

- 1) Es posible que los servicios de continuidad de la atención no estén disponibles si su proveedor no acepta la continuación de los servicios.
- 2) Cuando usted reciba servicios de continuidad de la atención, su proveedor únicamente podrá cobrarle su costo compartido estándar (copago/coseguro) correspondiente a un proveedor preferido. Los proveedores no pueden facturarle el saldo por ningún cargo que supere la cantidad permitida de Blue Shield.

Certificación y autorización del miembro

Blue Shield procesará los pedidos de continuidad de la atención considerando que todas las declaraciones incluidas en este formulario y en todos los documentos adjuntos son verdaderas y correctas y se han completado hasta donde usted sabe. El miembro acepta que un médico, un centro de atención de la salud y otro proveedor de atención de la salud, una compañía de seguros, un hospital o un plan de servicios médicos pueden brindarle a Blue Shield, o a sus agentes o empleados, toda la información relacionada con cualquier enfermedad que este paciente haya recibido en algún momento.

Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario: Toda persona que, con conocimiento, presente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para hacer una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión en una prisión estatal.

Nombre del miembro que contesta:

N.º de teléfono con el que podamos comunicarnos con el miembro:

Pedidos médicos

Envíe este formulario por correo postal a:
Blue Shield of California
Attn: Continuity of Care Team
P.O. Box 272580
Chico, CA 95927-2580

Envíe este formulario por fax al: (855) 895-3506

Los miembros también pueden llamar a Servicio al Cliente para que les ayuden a completar el formulario por teléfono. El número de teléfono de Servicio al Cliente está en la parte de atrás de la tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield, o llame al **(800) 443-5005** para planes individuales y familiares o al **(800) 393-6130** para planes de Medicare. Estos números de teléfono también aparecen en Internet en **blueshieldca.com**.

Pedidos de salud de la conducta (salud mental/ uso de sustancias adictivas)

Envíe este formulario por correo postal a:
Blue Shield of California
Attn: BH Continuity of Care Team
P.O. Box 272580
Chico, CA 95927-2580

Envíe este formulario por fax al: (844) 742-1153

Los miembros también pueden llamar a Servicio al Cliente al **(800) 308-9078**. Este número de teléfono también aparece en Internet en **blueshieldca.com**.

Esta transmisión por fax puede contener información médica protegida, privilegiada y altamente confidencial, información personal y sobre la salud (PHI, por sus siglas en inglés) y/o información legal. La información está destinada únicamente al uso por parte de la persona o la entidad mencionadas anteriormente.

Si usted no es el destinatario indicado de este material, no debe usar, publicar, comentar, divulgar ni distribuir de modo alguno la información de este documento. Si usted no es el destinatario indicado o si ha recibido esta transmisión por error, notifique al emisor de inmediato y destruya **de manera confidencial** la información que se envió por fax por error.

Gracias por ayudarnos a mantener la confidencialidad adecuada.

Válido desde: octubre de 2025