Formulario de pedido de continuidad de la atención

La continuidad de la atención es un proceso que permite seguir la atención para los miembros que cambian de plan, que también aplica cuando los planes o proveedor(es) han sido cancelados de la red de proveedores participantes. La cobertura depende de los términos y las condiciones de su plan.

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

También puede revisar la siguiente información para ver si califica. Si necesita ayuda, llame al número de Servicio al Cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield.

Para los servicios de salud mental, llame a nuestro administrador de servicios de salud mental al número de Servicio al Cliente de Salud Mental que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield.

Instrucciones:

Revise la Parte 1 de este formulario, que incluye información general sobre cómo calificar para la continuidad de los servicios de 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 el plan, los miembros pueden calificar para la continuidad de la atención para ciertos servicios; por ejemplo:

- Tratamiento de una enfermedad terminal que puede superar los 12 meses a partir de la fecha de terminación del contrato o de la fecha de comienzo de la cobertura para una nueva persona inscrita.
- Tratamiento activo de una condición médica aguda, de un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias adictivas, o de un problema de salud mental materno; estos casos deben exigir una atención médica inmediata durante un período de tiempo limitado en el que la atención pueda transferirse a un proveedor contratado.
- Tratamiento de una condición grave y compleja, o como parte de un tratamiento activo de una condición crónica 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 tratamiento previamente recomendado y documentado por el proveedor; esta cirugía debe hacerse dentro de los 180 días después de la fecha en que su médico u hospital dejen su plan de salud y debe estar autorizada por Blue Shield.
- Atención para pacientes internados (según lo que se define en la Sección 113 de la Continuidad de la Atención Federal de la Consolidated Appropriation Act [CAA, Ley de Apropiaciones Consolidadas]).

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

Parte 2: Información sobre los tratamientos y proveedores actuales

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 ☐ No		
Compañía de seguros de salud anterior (si corresponde):		
Número de historia clínica de Kaiser (si corresponde):	Miembro de CalPERS: ☐ Sí ☐ No	
Fecha en que terminó la cobertura:	¿Se sigue ofreciendo el plan de salud anterior? ☐ Sí ☐ No	
Nombre del nuevo plan de salud:		
Fecha de comienzo del nuevo plan de salud:		

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 ☐ No	Nombre del hospital:
¿El miembro recibe actualmente cuidados para pacientes terminales o atención de la salud en el hogar? ☐ Sí ☐ No	
Nombre del proveedor de cuidados para pacientes terminales o de atención de la salud en el hogar:	
Ident. fiscal del proveedor de cuidados para pacientes terminales o de atención de la salud en el hogar:	
N.º de teléfono:	N.º de fax:
¿El miembro tiene una enfermedad terminal?	
Información adicional importante	
Incluya cualquier información adicional importante:	

Información del proveedor

Nombre y apellido del proveedor solicitante:		
Ident. de proveedor nacional (NPI):	N.º de ident. 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):		
Tratamiento (código[s] CPT, si está[n] disponible[s]):		
Fecha de comienzo original con el proveedor:		
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

Nota: Blue Shield solamente puede aprobar los servicios de continuidad de la atención cuando reciba un acuerdo firmado por el proveedor a cargo del tratamiento en el que acuerde lo siguiente:

1) Aceptar la tarifa contratada estándar de Blue Shield para proveedores participantes.
2) Cobrar únicamente el copago/coseguro estándar del miembro de Blue Shield.
3) No facturarles a los miembros de Blue Shield ningún saldo que resulte de desacuerdos económicos.

Certificación, autorización y firma del miembro

Certifico que todas las declaraciones que aparecen en este documento y en todos los documentos suplementarios son verdaderas, correctas y están completas hasta donde yo sé. Por medio de este documento, autorizo a un médico, un centro de atención de la salud y otro proveedor de atención de la salud, compañía de seguros, hospital o plan de servicios médicos a brindar 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:

Firma del miembro

Fecha de la firma

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

Envíe este formulario por correo postal a:
Blue Shield of California
Attn: Continuity of Care Team
P.O. Box 629005
El Dorado Hills, CA 95762

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

Los miembros también pueden comunicarse con Servicio al Cliente para recibir ayuda por teléfono para completar el formulario. Deben llamar al número que está en la parte de atrás de la tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o al **(800) 443-5005** para los planes individuales y familiares, y al **(800) 393-6130** para los planes de Medicare. También pueden encontrar estos números en Internet visitando **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.