

Forma para la transición y continuidad del cuidado



Complete la forma y envíela a
Meritain Health
P.O. Box 853921
Richardson, TX 75085-3921
Servicios al Cliente: 1.800.925.2272
Fax: 1.763.852.5078
Correo electrónico:
mnscaan@meritain.com

Transición del cuidado

Los nuevos participantes del plan podrían ser elegibles para la transición del cuidado: es una solicitud formal al plan de salud para que cubra, por un período específico y sin interrupciones, los servicios de un proveedor tratante que no participa de la red. Si no se aprueba esta solicitud de cobertura, el cuidado que brinde el proveedor fuera de la red después de la fecha de entrada en vigor del plan se procesará al nivel de beneficios fuera de la red (según su plan en particular). **En la Descripción resumida del plan (SPD) se incluye una lista de las enfermedades para las cuales podría considerarse la transición del cuidado. Consulte la SPD para conocer los detalles de la cobertura de transición del cuidado y las fechas límite de recepción de la forma para que revisemos su solicitud.**

Continuidad del cuidado

Los participantes del plan podrían ser elegibles para la continuidad del cuidado cuando un proveedor tratante deja de participar en la red preferida primaria. Si no se aprueba esta solicitud de cobertura, el cuidado que brinde el proveedor fuera de la red después de que se le termina el contrato con la red preferida primaria se procesará al nivel de beneficios fuera de la red.

Tenga en cuenta lo siguiente:

La forma para la transición y continuidad del cuidado únicamente se completa en estos casos:

- Usted (o un miembro de la familia cubierto) está en tratamiento activo con un médico que no participa en la red preferida primaria de médicos u hospitales.
- Usted (o un miembro de la familia cubierto) tiene una cirugía programada o un ingreso en el hospital planificado pronto en un centro que no pertenece a su red preferida primaria.

Usted recibirá por correo las determinaciones respecto de la transición y continuidad del cuidado.

No debe interpretarse que completar la presente forma garantiza los beneficios. Los beneficios podrían estar sujetos a las disposiciones del plan descritas en la SPD y se les aplican los deducibles, coseguro, máximos del plan, etc, que correspondan. En todas las cartas de aprobación se da por sentado que el reclamante recibirá estos servicios mientras cuenta con la cobertura del plan, que cumplirá con todas las demás disposiciones pertinentes del plan y que el plan de tratamiento no cambiará. Una vez que recibamos los reclamos, tomaremos una determinación final sobre los beneficios.

El solicitante debe seleccionar una opción (campo obligatorio):

- Dado que se le terminó el contrato, mi proveedor tratante ya no participa de la red preferida primaria. (Continuidad del cuidado).
- Soy nuevo en el plan. Mi proveedor tratante no participa de la red preferida primaria. (Transición del cuidado).

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO

1. Complete las secciones 1, 2 y 3.
2. Lea la autorización, firme esta parte de la forma y póngale la fecha. Si el paciente tiene 17 años de edad o más, también debe firmar esta forma y ponerle la fecha.
3. Entregue la forma al proveedor del cuidado de la salud o médico que brinda tratamiento al paciente y no forma parte de la red. Dicho proveedor deberá completar la sección 4 y enviar la forma completa por fax, correo postal o correo electrónico a Meritain Health®.

1. Información del empleador	Nombre del empleador (escriba en letra de imprenta)	Fecha de entrada en vigor del plan (campo obligatorio)
2. Información del empleado o paciente	Nombre del empleado (escriba en letra de imprenta)	Número de identificación (o del Seguro Social)
	Dirección del empleado (escriba en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
	Nombre del paciente (escriba en letra de imprenta)	Número de teléfono
3. Autorización	Solicito cobertura para continuar con el cuidado que me brinda el proveedor mencionado a continuación para una afección cuyo tratamiento empezó antes de la fecha de entrada en vigor de mi plan o antes de que terminara el contrato de mi proveedor con la red preferida primaria. En caso de aprobarse, entiendo que la continuidad del cuidado que se especifica abajo tendrá cobertura por un período limitado. Entiendo, además, que la cobertura estará sujeta a los beneficios, exclusiones, límites y máximos de mi plan a la fecha en la que se presten los servicios. Autorizo al médico mencionado abajo a brindar al plan la información o los registros médicos que sean necesarios para que tomen determinaciones respecto de mi cobertura.	
	Firma del paciente (si tiene 17 años o más)	Fecha (dd/mm/aaaa)
	Firma del padre o madre (si la edad del paciente es 16 o menos)	Fecha (dd/mm/aaaa)
4. Información para el proveedor	Aunque usted no es proveedor participante de la red del plan o no lo será en un futuro cercano, el paciente solicitó la cobertura del cuidado que usted le brinda para un período específico debido a una afección que requiere un tratamiento activo (por ejemplo, un embarazo). Complete la información solicitada a continuación para que podamos evaluar la solicitud de su paciente. Incluya una breve descripción de la afección y plan de tratamiento actuales del miembro. En el caso de un embarazo, indique la fecha estimada de parto de la paciente.	
	Nombre del médico o proveedor del cuidado de la salud tratante (escriba en letra de imprenta)	Número de teléfono
	Nombre del grupo de médicos al que pertenece el médico (escriba en letra de imprenta)	Identificación fiscal del proveedor
	Dirección del médico o proveedor del cuidado de la salud tratante (escriba en letra de imprenta)	Número de identificación fiscal del hospital o centro
	Hospital o centro donde trabaja el médico o proveedor del cuidado de la salud tratante (escriba en letra de imprenta)	Número de teléfono del hospital o centro

5. Información sobre el tratamiento	Diagnóstico del paciente	Duración prevista del tratamiento
	<p>Afección actual del paciente</p> <p>1. ¿El paciente cursa un embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", indique la fecha esperada de parto (dd/mm/aaaa): _____</p> <p>2. ¿El paciente está recibiendo tratamiento por una condición o un traumatismo graves? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿El paciente tiene programada una cirugía u hospitalización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", indique la fecha esperada de cirugía o ingreso (dd/mm/aaaa): _____</p> <p>4. ¿El paciente está recibiendo quimioterapia, radioterapia, terapia oncológica o cuidados de hospicio, o es candidato para un trasplante de órganos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C Si respondió "Sí", especifique: _____</p> <p>5. Si la solicitud de tratamiento está relacionada con un trasplante de órganos: ¿el paciente está en una lista de espera vigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", especifique la fecha en la que se agregó al paciente a la lista de espera (dd/mm/aaaa): _____</p> <p>6. ¿El paciente está recibiendo tratamiento debido a una cirugía mayor reciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿El paciente está recibiendo tratamiento por consumo de sustancias o de salud mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. Si no respondió "Sí" a ninguna de las preguntas anteriores, describa la enfermedad para la cual el paciente solicita continuidad del cuidado:</p>	<p>Describa el plan de tratamiento y las fechas de tratamiento. <i>* Si el paciente está recibiendo tratamiento contra el cáncer, especifique los medicamentos del tratamiento, las dosis, frecuencia de administración, etc.</i></p>
<p>En caso de aprobarse esta solicitud, usted acepta brindarle tratamiento al miembro y realizar el seguimiento; acepta no solicitarle al miembro ningún monto que no tendría la obligación de pagar si usted fuera un proveedor participante; acepta compartir información sobre el plan de tratamiento con nosotros; y acepta utilizar la red de proveedores preferida primaria del plan cuando sean necesarias remisiones, estudios de laboratorio u hospitalizaciones. Como usted ya no es proveedor participante, o no lo será en el momento en que brinde los servicios, su reclamo será procesado con el cargo habitual aplicable a los servicios prestados.</p>		
Firma del médico o proveedor del cuidado de la salud tratante		Fecha (dd/mm/aaaa)