

Formulario de solicitud de la transición de servicios médicos

Envíe por fax el formulario después de llenarlo al: (505) 843-3047

La fecha de hoy (MM/DD/AAAA): _____ Nombre del empleado/subscriptor: _____

Favor de utilizar un formulario para cada persona de su familia

El fin de este formulario es ayudarlo en la transición de la atención médica, tanto suya como la de su familia, a Presbyterian Health Plan, Inc./Presbyterian Insurance Company, Inc. **Tal vez deberá hablar con su proveedor de atención médica para llenar las secciones de este formulario.**

Primera sección: Información sobre la transición de la atención médica

- La transición los de servicios de atención médica está a su disposición por unos **<90 días>**, **a partir de la fecha en que entra en vigor su cobertura del seguro** de Presbyterian Health Plan, Inc. y Presbyterian Insurance Company, Inc.
- La transición los de servicios de atención médica está a su disposición en los siguientes **<90 días>** **a partir de la fecha de la cancelación** del contrato del proveedor de atención médica con Presbyterian Health Plan, Inc. y Presbyterian Insurance Company, Inc.
- Se exige la autorización previa para los servicios que se reciban fuera de la red y que los preste un proveedor de atención médica que no forme parte de la red durante el período de transición de **<90 días>**. La autorización previa está sujeta a la aprobación del director médico de Presbyterian Health Plan.
- Para los asegurados de los planes basados en el punto de servicio [*Point-of-Service, POS*] y de la organización de proveedores de atención médica preferenciales [*Preferred Provider Organization, PPO*]: bajo algunas circunstancias, los servicios que se reciban fuera de la red y que se hayan aprobado para fines de la transición de los servicios de atención médica *a lo mejor* se puedan pagar como si se recibieran en la red durante el período de transición de los servicios de atención médica.
- La transición de los servicios de atención médica está a su disposición por cualquiera de los motivos que se enumeran a continuación.

Marque (✓) todos los que correspondan si el proveedor de atención médica que le está atendiendo no forma parte de la red del plan

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Necesito un trasplante y se ha programado o acabo de recibir un trasplante. | <input type="checkbox"/> Ya he programado un procedimiento quirúrgico cuya fecha se acerca |
| <input type="checkbox"/> Me han hecho un procedimiento quirúrgico y estoy recibiendo atención médica de seguimiento | <input type="checkbox"/> Estoy en el segundo o tercer trimestre de mi embarazo. La transición de servicios de atención médica está a su disposición por el resto de su embarazo y el alumbramiento además de la atención médica posparto. |
| <input type="checkbox"/> Padezco un problema médico grave que requiere atención médica en curso | |
| <input type="checkbox"/> Mi proveedor de atención médica de la red ha cancelado su contrato con Presbyterian Health Plan, Inc. y Presbyterian Insurance Company, Inc. y he marcado uno de los cuadrados de más arriba. | |

Segunda sección: Información sobre el empleador y el empleado o el asegurado del plan

Nombre del empleador (si el seguro lo provee un empleador):

Número de identificación o de seguro social del empleado/asegurado del plan:

Fecha de nacimiento del empleado:
(MM/DD/AA)Domicilio del empleado/asegurado del plan
(ciudad, estado y código postal):

Números de teléfono del empleado/asegurado del plan:

Trabajo: _____

Casa: _____

Celular: _____

Formulario de solicitud de la transición de servicios médicos

Esta solicitud es para: <input type="checkbox"/> Mi atención médica <input type="checkbox"/> La atención médica de un familiar (dependiente)		
Si la transición de los servicios de atención médica es para una de las personas a su cargo, favor de llenar la sección a continuación:		
Número de identificación o de seguro social del dependiente:		Fecha de nacimiento del dependiente (MM/DD/AA):
Teléfono de su casa:		Teléfono celular:
Tercera sección: Necesidades de servicios médicos		
Códigos del diagnóstico (de su proveedor de atención médica):		Descripción del diagnóstico:
Códigos del procedimiento o <i>CPT</i> (de su proveedor de atención médica):		
Descripción de los servicios (incluya el número de veces que se necesitan los servicios y las fechas que se han programado para recibirlos. Para los servicios de embarazo, favor de incluir la fecha que se ha indicado para dar a luz):		Fecha(s) en que se prestan los servicios:
Cuarta sección: Información del(de los) proveedor(es) de servicios médicos de transición		
Favor de llenar la información que se indica a continuación sobre el proveedor que presta los servicios médicos.		
Nombre del proveedor de atención médica:		Número del proveedor de atención médica:
Nombre del proveedor de atención médica:		Número del proveedor de atención médica:
Nombre del proveedor de atención médica:		Número del proveedor de atención médica:
Quinta sección: Solicitud de los servicios de administración de casos médicos		
Aunque no se necesite la transición de los servicios de atención médica, quizás desee utilizar los servicios que ofrece el personal de enfermería encargado de los casos médicos de Presbyterian Health Plan. <i>Si padece un problema médico crónico o grave, a lo mejor le podamos ayudar a conseguir la atención médica debida.</i> Favor de enumerar todo problema médico, ya sea crónico o grave:		
Esta sección sólo la utiliza Presbyterian		
Se ha enviado un mensaje por correo electrónico a la división de inscripciones, si se ha identificado que hay una necesidad especial	<input type="checkbox"/> Se ha hecho	<input type="checkbox"/> N/A
¿Se ha enviado a la división de inscripciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

ADVERTENCIA IMPORTANTE: El fin del documento que acompaña este mensaje es para que lo utilice la persona o entidad a quien se dirige. A lo mejor dichos documentos contengan información privada y confidencial cuya divulgación se regula conforme a las leyes pertinentes. Si usted la divulgara de nuevo sin autorización o si no protegiera la confidencialidad de la misma se le pudieran imponer las sanciones que se describen en las leyes federales y estatales.

Si la persona que esté leyendo este mensaje no es el destinatario a quién se dirige o no es el empleado ni el agente encargado de entregárselo al destinatario a quién se dirige, se le avisa por la presente que **SE PROHÍBE Estrictamente** toda divulgación, distribución o copia de esta información. Si usted ha recibido este mensaje equivocadamente, Favor de avisar inmediatamente al remitente y destruya el mensaje correspondiente.

Presbyterian cumple las leyes de derechos civiles y no discrimina por motivos de estatus protegido, incluso entre otros, raza, color, origen nacional, edad, discapacidad u orientación sexual o expresión de género. Si necesita ayuda lingüística, están a su disposición dichos servicios sin costo alguno. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711). ATENCIÓN: Si usted prefiere hablar en español, están a su disposición servicios gratuitos de ayuda lingüística. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711). Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déę', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłnih (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711). Para más información, visite <https://www.phs.org/pages/nondiscrimination.aspx>.