

Formulario de solicitud de continuidad de la atención (transición de la atención)



Transición de la atención: Proceso de transición de un nuevo inscrito a un nuevo plan

Continuidad de la atención: Cambio en la red de proveedores de un miembro existente

Transición de la atención ➤ Esta ocurre cuando su plan de salud cambia durante el transcurso de determinados tratamientos médicos y, como resultado, los servicios médicamente necesarios pasan a estar fuera de la red. Es posible que, para completar un tratamiento o, en el caso de un embarazo, llegar al parto, sea necesario que continúe por un cierto período la atención con su proveedor actual en el nivel dentro de la red. Si tiene programada una intervención durante el tratamiento de una afección médica o si está embarazada, es posible que cumpla los requisitos para la transición de la atención. (El formulario se debe presentar en el momento en que ocurre el cambio de plan, sin exceder los 30 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de la cobertura).

Continuidad de la atención ➤ Sucede cuando hay cambios en la red y, por motivos clínicos, no se puede transferir de inmediato la atención a un proveedor dentro de la red. La continuidad de la atención permite a los miembros recibir servicios para determinadas afecciones médicas a niveles de cobertura dentro de la red durante un período de tiempo definido. (El formulario se debe presentar dentro de los 30 días posteriores al cambio de la red).

Nombre del miembro	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de identificación del subscriptor	Número de teléfono del miembro
Proveedor o médico		Nombre de contacto	Número de teléfono del proveedor o médico
Centro (si corresponde)		Nombre de contacto del centro	Número de teléfono del centro
Diagnóstico principal (descripción completa)	Códigos CPT, servicio o procedimientos		Si está embarazada, fecha de parto
Período de fechas solicitado			

Incluya a continuación un resumen clínico de su afección y el plan de tratamiento. (Esta sección también puede completarla el médico a cargo de su atención). Si la compañía de seguros anterior aprueba la solicitud, adjunte la carta de autorización o confirmación, o incluya lo siguiente: Código CPT y diagnóstico, proveedor, centro y fecha de servicio aprobada. Para algunas solicitudes se requieren notas clínicas o del expediente a fin de completar la revisión. Adjunte notas clínicas o del expediente si corresponde.

X

Firma del proveedor

¿Está listo para enviar el formulario? Envíe por fax el formulario de solicitud y la documentación clínica de respaldo a **503-243-5105** o envíe un correo electrónico seguro a **transitionofcare@yoursummithealth.com**.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con Summit Health al **844-827-2355** o en **MedicalMedicare@YourSummitHealth.com**.