

TRANSICIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD

CONTINUIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD

Sepa cómo funcionan

¿Qué es la Transición del Cuidado de la Salud?

Con el beneficio de Transición del Cuidado de la Salud, es posible que pueda seguir recibiendo servicios para determinadas condiciones médicas y relacionadas con el comportamiento a través de proveedores de cuidado de la salud que no pertenecen a nuestra red, con el nivel de cobertura dentro de la red. Este beneficio es por un tiempo definido, solo hasta que se coordine la transferencia segura de su cuidado a un proveedor o un centro de la red. Debe pedir la Transición del Cuidado de la Salud al momento de inscribirse. Para ello, debe presentar la solicitud dentro de los 30 días después de la fecha de entrada en vigor de su cobertura.

¿Qué es la Continuidad del Cuidado de la Salud?

Con el beneficio de Continuidad del Cuidado de la Salud, es posible que pueda recibir servicios con el nivel de cobertura dentro de la red para determinadas condiciones médicas y relacionadas con el comportamiento en ciertas circunstancias. Estas incluyen: cuando su proveedor de cuidado de la salud abandona la red de su plan, cuando su empleador le notifica que es posible que reúna los requisitos para el beneficio de Continuidad del Cuidado de la Salud o cuando su empleador cambia de plan de cuidado de la salud y la transferencia inmediata de su cuidado a otro proveedor sería inapropiada y/o insegura. Este beneficio se brinda por un tiempo definido. Debe pedir la Continuidad del Cuidado de la Salud dentro de los 30 días después de la fecha de finalización del contrato de su proveedor de cuidado de la salud. Esta es la fecha en la que el profesional abandona la red de su plan.

Cómo funcionan

▶ Ya debe estar recibiendo tratamiento para la condición identificada en el formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud.

- ▶ Si la solicitud se aprueba para condiciones médicas o relacionadas con el comportamiento:
 - Recibirá el nivel de cobertura dentro de la red para el tratamiento de la condición específica brindado por el proveedor de cuidado de la salud durante un tiempo definido, según lo que nosotros determinemos.
 - Si su plan incluye cobertura fuera de la red y usted decide seguir atendiéndose fuera de la red una vez finalizado el período que hayamos aprobado, deberá seguir las disposiciones de su plan en relación con la atención fuera de la red. Esto incluye cumplir con los requisitos de precertificación.
 - La Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud se aplica únicamente para el tratamiento de la condición médica o relacionada con el comportamiento especificada y para el proveedor de cuidado de la salud identificado en el formulario de solicitud. Todas las demás condiciones deberán ser atendidas por un proveedor de cuidado de la salud de la red para que usted reciba cobertura dentro de la red.
- ▶ La disponibilidad del beneficio de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud:
 - No garantiza que un tratamiento sea médicamente necesario.
 - No constituye una precertificación de los servicios médicos que se proporcionarán.
- ▶ Puede que se exija una determinación de la necesidad médica y una precertificación formal para cubrir un servicio. Esto dependerá de lo que realmente se pida.



Los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud pueden estar disponibles para condiciones médicas agudas como estas:

- Embarazo en el segundo o tercer trimestre al momento de la **fecha de entrada en vigor** del plan o la fecha de finalización del contrato del proveedor de cuidado de la salud.
- El embarazo se considera *de alto riesgo* si la madre tiene 35 años o más, o si la paciente tiene o tuvo:
 - Parto prematuro (tres semanas antes) en un embarazo anterior.
 - Diabetes gestacional.
 - Hipertensión inducida por el embarazo.
 - Múltiples internaciones durante este embarazo.
- Cáncer diagnosticado por primera vez o cáncer recurrente en medio de una quimioterapia, radioterapia o reconstrucción.
- Traumatismo.
- Candidatos a trasplantes, receptores inestables o receptores que necesitan cuidados continuos por complicaciones asociadas con un trasplante.
- Cirugías mayores recientes en el período de seguimiento, que es generalmente de seis a ocho semanas.
- Condiciones agudas en **tratamiento activo**, como ataques al corazón, derrames cerebrales o condiciones crónicas inestables.
 - **“Tratamiento activo”** se define como una visita al proveedor o una hospitalización con cambios documentados en un régimen terapéutico. Esto debe ocurrir dentro de los 21 días anteriores a la fecha de entrada en vigor de su plan o la fecha de finalización del contrato de su proveedor de cuidado de la salud.
- Internación hospitalaria en la fecha de entrada en vigor del plan (únicamente para planes sin disposiciones de extensión de la cobertura).
- Condiciones relacionadas con el comportamiento durante el tratamiento activo.

Los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud no están disponibles para condiciones como estas:

- Exámenes de rutina, vacunas y evaluaciones de la salud.
- Condiciones crónicas estables, como diabetes, artritis, alergias, asma, hipertensión y glaucoma.
- Enfermedades menores agudas, como resfríos, dolores de garganta y otitis.
- Cirugías opcionales programadas, como extirpación de lesiones, bunionectomía, reparación de hernias e histerectomía.

¿Cuál es el plazo permitido para la transición a un nuevo proveedor de cuidado de la salud de la red?

Si determinamos que la transición a un proveedor de cuidado de la salud de la red es inapropiada o insegura para las condiciones que permiten recibir el beneficio, los servicios del proveedor de cuidado de la salud fuera de la red aprobado se autorizarán por un tiempo específico (por lo general, 90 días). O bien, los servicios se aprobarán hasta que haya finalizado el tratamiento o se haya realizado la transición a un proveedor de cuidado de la salud de la red, lo que suceda primero.

Si recibo la aprobación para recibir los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud para una enfermedad, ¿puedo recibir cobertura dentro de la red para una condición no relacionada?

Los niveles de cobertura dentro de la red proporcionados como parte de los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud son para la enfermedad o condición específica únicamente y no pueden aplicarse a otra enfermedad o condición. Tiene que completar un formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud para cada enfermedad o condición no relacionada. Debe completar este formulario dentro de los 30 días después de que su plan entre en vigor, de que su proveedor de cuidado de la salud abandone la red de su plan o de que su empleador le notifique que es posible que reúna los requisitos para el beneficio de Continuidad del Cuidado de la Salud.

¿Puedo pedir los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud si no estoy recibiendo tratamiento o atendiéndome con un proveedor de cuidado de la salud en la actualidad?

Ya debe estar recibiendo tratamiento para la condición identificada en el formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud.

¿Cómo hago para solicitar la cobertura de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud?

Los pedidos deben hacerse por escrito, usando el formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud. Este formulario debe presentarse al inscribirse, al cambiar de plan médico o cuando su proveedor de cuidado de la salud abandone nuestra red. No puede presentarse más de 30 días después de la fecha de entrada en vigor de su plan, la fecha de finalización del contrato de su proveedor de cuidado de la salud o la fecha en que su empleador le haya notificado que es posible que reúna los requisitos para el beneficio de Continuidad del Cuidado de la Salud. Después de recibir su pedido, evaluaremos la información proporcionada. Luego, le enviará una carta para informarle si su pedido fue aprobado o rechazado. Si el pedido se rechaza, se incluirá información sobre cómo apelar la determinación.



Vea en la parte de atrás las instrucciones para completar este formulario.

- Miembro nuevo (solicitante de Transición del Cuidado de la Salud)
- Cliente existente con un proveedor de cuidado de la salud cuyo contrato finalizó (solicitante de Continuidad del Cuidado de la Salud)
- Su empleador le notificó que es posible que reúna los requisitos para el beneficio de Continuidad del Cuidado de la Salud (solicitante de Continuidad del Cuidado de la Salud)

Para servicios relacionados con la salud del comportamiento, comuníquese con Evernorth Behavioral Health llamando al número de teléfono de Servicio al Cliente que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID. Use un formulario distinto para cada condición. Se aceptan fotocopias. Adjunte información adicional si es necesario.

Empleador		N.º de póliza	Fecha de inscripción del empleado en el plan (mm/dd/aaaa)	
Nombre del empleado		ID de miembro del empleado		Teléfono laboral
Domicilio particular Calle		Ciudad Estado	Código postal	
Nombre del paciente		N.º del Seguro Social del paciente o ID alternativa	Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)	Relación con el empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Titular

1. ¿La paciente está embarazada y en el segundo o tercer trimestre de embarazo? Fecha aproximada de parto _____ (mm/dd/aaaa) Sí No
2. Si la respuesta es "sí", ¿el embarazo se considera de alto riesgo? Por ejemplo, nacimiento múltiple, diabetes gestacional. Sí No
3. ¿La solicitud es para un medicamento de infusión o inyección? Sí No
Si la respuesta es sí, especifique el nombre del medicamento de infusión o inyección _____
4. ¿El paciente está recibiendo tratamiento para una afección aguda o un traumatismo en la actualidad? Sí No
5. ¿El paciente tiene programada una cirugía u hospitalización después de la fecha de entrada en vigor de nuestra cobertura? Sí No
6. ¿El paciente está recibiendo quimioterapia, radioterapia, terapia para el cáncer o atención para una enfermedad terminal? Sí No
7. ¿El paciente está recibiendo tratamiento como resultado de una cirugía mayor reciente? Sí No
8. ¿El paciente está recibiendo diálisis? Sí No
9. ¿El paciente es candidato para un trasplante de órganos? Sí No
10. Si no respondió que sí a ninguna de las preguntas anteriores, describa la condición para la cual el paciente pide los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud. _____

10. Complete la información del proveedor de cuidado de la salud solicitada a continuación.

Nombre del Grupo médico		
Nombre del proveedor de cuidado de la salud		N.º de teléfono del proveedor de cuidado de la salud
Especialidad del proveedor de cuidado de la salud		
Dirección del proveedor de cuidado de la salud		
Hospital donde ejerce el proveedor de cuidado de la salud		N.º de teléfono del hospital
Dirección del hospital		
Razón/diagnóstico		
Fecha(s) de admisión (mm/dd/aaaa)	Fecha de cirugía (mm/dd/aaaa)	Tipo de cirugía
Tratamiento recibido y duración prevista		

12. ¿Se prevé que este paciente se encontrará en el hospital cuando comience nuestra cobertura o durante los 90 días siguientes? Sí No
13. Mencione cualquier otra necesidad de continuidad del cuidado de la salud que podría permitir recibir beneficios de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud. Si estas necesidades de cuidado de la salud no están asociadas con la condición para la que está pidiendo beneficios de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud, debe completar un formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud por separado.

Mediante el presente, autorizo al proveedor de cuidado de la salud mencionado anteriormente a proporcionarle a Cigna Health and Life Insurance Company o sus afiliadas y partes contratadas cualquier información y registro médico que se necesite para tomar una decisión informada en relación con mi solicitud de beneficios de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de solicitud de autorización.	
Firma del paciente, padre o tutor	Fecha (mm/dd/aaaa)

Para servicios relacionados con atención médica, envíe este formulario de solicitud a:

Cigna Health Facilitation Center
Attention: Transition of Care/Continuity of Care Unit
3200 Park Lane Drive, Pittsburgh, PA 15275
Fax 866.729.0432

Las solicitudes de beneficios de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud se analizarán dentro de los 10 días después de recibirse. En el caso de clientes nuevos, los pedidos se analizarán dentro de los 10 días después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del participante. Los pedidos relacionados con el trasplante de órganos pueden tardar más en analizarse.

Instrucciones para completar el formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud

Nota: No use este formulario si está inscrito en un plan de Cigna HealthCare of California, Inc. y desea solicitar la Transición del Cuidado de la Salud. Comuníquese con Cigna para solicitar un folleto sobre Transición del Cuidado de la Salud para Cigna HealthCare of California, Inc.

Debe completar un formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud por separado para cada condición para la cual usted y/o sus dependientes cubiertos deseen recibir estos beneficios. Asegúrese de responder todas las preguntas en su totalidad. Una vez completado, el formulario debe ser firmado por el paciente para quien se solicitan los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud. Si el paciente es menor de edad, el formulario debe ser firmado por un tutor.

Para ayudar a que la revisión de su pedido se realice en forma oportuna, entregue el formulario lo más pronto posible. Debe pedir los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud dentro de los 30 días después de la fecha de entrada en vigor de su plan o la fecha de finalización del contrato de su proveedor, o después de que su empleador le haya notificado que es posible que reúna los requisitos para el beneficio de Continuidad del Cuidado de la Salud.

Las primeras secciones del formulario corresponden al empleado. Cuando el formulario pregunta el nombre del paciente, debe colocarse el nombre de la persona que se está atendiendo y solicita los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud.

Si respondió que “sí” a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 o 9, o si está enviando este formulario para solicitar Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud para algún otro servicio de cuidado de la salud no relacionado con la salud mental, envíe este formulario de solicitud a:

**Cigna Health Facilitation Center
Attention: Transition of Care/Continuity of Care Unit
3200 Park Lane Drive
Pittsburgh, PA 15275
Fax: 866.729.0432**

En la pregunta 10, si respondió que “sí” y:

1. Tiene un plan HMO, POS o Network, comuníquese con Evernorth Behavioral Health para obtener información sobre Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud, llamando al número de teléfono de Servicio al Cliente que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID.
2. Tiene cualquier otro tipo de plan y está recibiendo servicios de salud mental como paciente en consulta externa, debe seguir uno de estos pasos.
 - Si su empleador incorporó un plan administrado por Cigna como una nueva opción durante el período de inscripción abierta de su grupo, no tiene que presentar un formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud.
 - Si usted es un empleado nuevo o acaba de elegir un plan administrado por Cigna que ya ofrecía su empleador, tendrá que completar el formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud y enviarlo a la oficina de reclamos de Cigna que le corresponda. La dirección postal es PO Box 18223, Chattanooga, TN 37422-7223.
3. Está recibiendo servicios como paciente internado, servicios residenciales, servicios de hospitalización parcial o servicios intensivos para pacientes ambulatorios, independientemente de su tipo de plan, llame (o pídale a su proveedor de cuidado de la salud que llame) al número de Servicio al Cliente que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID. También puede llamar al **800.244.6224** si no recibió su tarjeta de ID.

En la pregunta 10, incluya información acerca de su plan de tratamiento actual o propuesto y cuánto se prevé que durará su tratamiento. Si se ha planificado una cirugía, mencione el tipo de cirugía y la fecha propuesta.

En la pregunta 13, detalle brevemente la condición médica, cuándo comenzó, qué proveedor de cuidado de la salud está brindando tratamiento en la actualidad y con qué frecuencia lo visita. Sea lo más específico posible.

Las solicitudes de beneficios de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud se analizarán dentro de los 10 días después de recibirse. En el caso de clientes nuevos, los pedidos se analizarán dentro de los 10 días después de la fecha de entrada en vigor del plan. Los pedidos relacionados con el trasplante de órganos pueden tardar más en analizarse.

La disponibilidad de los productos puede variar según el tipo de plan y el lugar, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro de salud colectivo y los planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costos y los detalles completos de la cobertura, comuníquese con su representante de Cigna.

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of California, Inc., Cigna HealthCare of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. (CHC-TN) y Cigna HealthCare of Texas, Inc. Formularios de pólizas: OK: HP-APP-1 y otras (CHLIC); TN: HP-POL43/HC-CER1V1 y otras (CHLIC), GSA-COVER y otras (CHC-TN). El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

915092SP d 12/22 © 2021 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia.

