



TRANSICIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD

Cigna HealthCare of California



Sus beneficios de Transición del Cuidado de la Salud de Cigna HealthCare of California



Los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud sirven para brindar cobertura a las personas que cumplen con todos estos criterios:

- 1) Tienen una de las condiciones médicas especificadas.
- 2) Necesitan tratamiento continuo durante un tiempo determinado.
- 3) Están recibiendo servicios de médicos, hospitales, centros u otros proveedores de cuidado de la salud que no forman parte de la red incluida con su nuevo plan (no participantes).
- 4) Están recibiendo estos servicios en el momento en que empiezan a cumplir con los requisitos para inscribirse en un plan.

Cómo funciona

- Debe solicitar los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud lo antes posible y preferentemente entre 30 y 60 días después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- Ya se debe estar atendiendo por una condición médica calificada con el proveedor de cuidado de la salud identificado en el Formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud.
- Si cumple con los requisitos para los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud, nos comunicaremos con el proveedor de cuidado de la salud. Si el proveedor acepta nuestros términos y condiciones contractuales, usted recibirá el nivel de beneficios dentro de la red para el tratamiento de la condición específica durante una cantidad de tiempo específica o mientras dure la condición, según la situación. Si el proveedor de cuidado de la salud no acepta nuestros términos y condiciones contractuales, es posible que deneguemos los

beneficios de Transición del Cuidado de la Salud o que brindemos únicamente beneficios limitados. También se le notificará acerca de la decisión dentro de los 30 días posteriores a su solicitud, o antes si determinamos que la respuesta debe ser acelerada en función de su condición.

- Los beneficios aprobados se aplican únicamente al tratamiento proporcionado o pedido por el proveedor identificado en el Formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud, para la condición médica especificada en el formulario.
- Los reclamos por el tratamiento de la condición específica por parte del proveedor aprobado después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura se considerarán en los niveles de cobertura dentro de la red.
- La disponibilidad de beneficios de Transición del Cuidado de la Salud no significa que un tratamiento esté cubierto ni constituye una preautorización de los servicios médicos que se proporcionarán. Las determinaciones de beneficios y las preautorizaciones deben obtenerse igualmente durante el proceso de precertificación y administración de casos.
- Todos los beneficios están sujetos a las disposiciones del plan.
- **Si no tiene cobertura fuera de la red en su plan, será responsable de pagar el costo de cualquier servicio brindado por cualquier proveedor, hospital u otro centro de cuidado de la salud no participante, a menos que Cigna haya aprobado beneficios de Transición del Cuidado de la Salud.**

Los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud pueden estar disponibles para las siguientes condiciones médicas y otras situaciones:

- › Una condición aguda, por el tiempo que dure la condición aguda. Una “condición aguda” se define como una condición médica que incluye la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y tiene una duración limitada.
- › Una condición crónica grave, por el período necesario para completar un tratamiento y para coordinar la transferencia segura a otro proveedor, según lo que determinemos previa consulta con la persona inscrita y el proveedor de cuidado de la salud a cargo del tratamiento, de conformidad con las buenas prácticas de los proveedores. Este período no debe superar los 12 meses desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura de una persona cubierta recién inscrita. Una “condición crónica grave” es una condición médica debido a una enfermedad u otro problema o trastorno médico que es de naturaleza grave y:
 - Persiste sin una cura completa;
 - Empeora a lo largo de un período prolongado; o
 - Requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o impedir el deterioro.
- › Un embarazo, por el tiempo que dure el embarazo (tres trimestres) y el período posparto inmediato.
- › Una enfermedad terminal, por el tiempo que dure la enfermedad terminal. Una “enfermedad terminal” es una condición incurable o irreversible con una alta probabilidad de provocar la muerte en un año o menos.

- › Cuidado de un hijo recién nacido, desde el nacimiento hasta los 36 meses, independientemente de si se está realizando al niño un tratamiento activo, durante un período que no podrá superar los 12 meses.
- › Realización de una cirugía u otro procedimiento que haya sido autorizado por el plan, como parte de un tratamiento documentado que debe llevarse a cabo dentro de los 180 días de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Si se aprueba que reciba los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud para una enfermedad, ¿puedo recibir el pago de beneficios dentro de la red para una condición no relacionada?

Los niveles de beneficios dentro de la red proporcionados como parte de los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud son para la enfermedad/condición específica únicamente y no pueden aplicarse a otra enfermedad/condición. Debe completar un Formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud para cada enfermedad/condición no relacionada.

¿Tengo que completar el Formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud si ya estoy atendiéndome con un proveedor de la red de mi plan?

No, si se está atendiendo con un proveedor de la red que está incluida en su nuevo plan, no es necesario solicitar la Transición del Cuidado de la Salud. Para verificar si un proveedor pertenece a la red de su plan, consulte el directorio o visite **Cigna.com** y haga clic en *Find a doctor* (Buscar un médico). También puede llamar al número que aparece en su tarjeta de ID y hablar con un especialista de Servicio al Cliente para que le ayude.



No Cost Language Services for customers who live in California and customers who live outside of California who are covered under a policy issued in California. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-244-6224 for medical/dental or 1-866-421-8629 for mental health/substance use. For more help, call either the HMO Help Center at 1-888-466-2219 or for Non-HMO plans (e.g. PPO) call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. **English**

Servicios de idioma sin costo para asegurados que viven en California y para asegurados que viven fuera de California y que están cubiertos por una póliza emitida en California. Puede obtener un intérprete. Puede hacer que le lean los documentos en español y que le envíen algunos de ellos en ese idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-244-6224 para servicios médicos/dentales de o al 1-866-421-8629 para la salud mental/consumo de sustancias. Para obtener ayuda adicional, llame al Centro de ayuda HMO al 1-888-466-2219 o para los planes que no sean HMO (p. ej. PPO) llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. **Spanish**

居住在加州境內的被保人和居住在加州境外但受到加州境內核發保單承保的被保人可取得**免費語言服務**。您可取得口譯員服務。我們可以用中文將文件讀給您聽，並將部分備有中文版文件寄送給您。欲取得協助，請撥打您會員卡上所列示的電話號碼，或致電 1-800-244-6224 與醫療 / 牙科聯絡，或撥打 1-866-421-8629 聯繫 行為健康服務的精神健康 / 物質使用部門。欲取得其他協助，請致電 1-888-466-2219 與 HMO 協助中心聯絡，或非 HMO 計畫 (例如：PPO) 請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。 **Chinese**

خدمات لغوية بدون تكلفة للعملاء المقيمين في ولاية كاليفورنيا والعملاء المقيمين خارج ولاية كاليفورنيا الذين تشملهم سياسة تأمين صادرة في ولاية كاليفورنيا. يمكنك الاستعانة بمترجم. يمكنك طلب قراءة الوثائق لك وإرسال بعض منها إليك بلغتك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك أو على الرقم 1-800-244-6224 للحصول على الخدمات الطبية / خدمات طب الفم والأسنان أو على الرقم 1-866-421-8629 للصحة النفسية / تعاطي المواد المخدرة. وللحصول على المزيد من المساعدة، اتصل إما بمركز HMO للمساعدة على الرقم 1-888-466-2219 أو للبرامج الأخرى غير HMO (مثل PPO)، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. **Arabic**

캘리포니아 거주 고객 및 캘리포니아에서 발행된 보험으로 보장을 받는 캘리포니아 이외 지역 거주 고객님들을 위한 **무료 언어 지원 서비스**. 귀하는 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 번역된 서류를 받아보실 수도 있습니다. 도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상에 기재된 안내번호 혹은 의료/치과 안내번호(1-800-244-6224번), 혹은 정신 건강/약물 사용에 대해서는 안내번호(1-866-421-8629번)로 연락해주시시오. 더 많은 도움이 필요하신 분은 HMO 헬프 센터(HMO Help Center), 안내번호 1-888-466-2219번으로 문의하시거나 비-HMO 플랜(예: PPO)에 해당하시는 분은 캘리포니아주 보험국(CA Dept. of Insurance) 안내번호 1-800-927-4357번으로 연락해주시시오. **Korean**

Walang Gastos na Mga Serbisyo sa Wika para sa mga customer na nakatira sa California at mga customer na nakatira sa labas ng California na sakop ng isang polisiyang inisyu sa California. Makakakuha ka ng interpreter. Maaari mong ipabasa para sa iyo ang mga dokumento at maaaring ipadala sa iyo ang ilan sa iyong wika. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-800-244-6224 para sa medikal/dental o sa 1-866-421-8629 para sa mga kalusugang pangkaisipan/paggamit ng droga. Para sa karagdagang tulong, tumawag sa HMO Help Center sa 1-888-466-2219 o para sa mga planong Hindi HMO (hal. PPO) tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. **Tagalog**

Dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí cho khách hàng sinh sống trong tiểu bang California và khách hàng sống ngoài California được đài thọ qua một hợp đồng bảo hiểm y tế ký kết tại California. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên. Quý vị có thể được có người đọc văn bản cho quý vị hoặc được nhận tài liệu, văn bản bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, vui lòng gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên (ID) của quý vị hoặc gọi chương bảo hiểm y tế/nha khoa theo số 1-800-244-6224, hoặc gọi số 1-866-421-8629 để biết thông tin về chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần/sử dụng chất gây nghiện. Để được giúp đỡ thêm, vui lòng gọi Trung tâm Trợ giúp HMO tại 1-888-466-2219 hoặc gọi Bộ Bảo hiểm California tại số 1-800-927-4357 cho các vấn đề thuộc các chương trình bảo hiểm không thuộc loại HMO (như các chương trình PPO). **Vietnamese**

សេវាកម្មប្រកាសដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់អតិថិជនដែលរស់នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា និងអតិថិជនដែលរស់នៅក្រៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ដែលបានរ៉ាប់រង នៅក្រោមច្បាប់សន្យា បានចេញឱ្យក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីអ្នកបកប្រែបាន។ អ្នកអាចឱ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក និងធ្វើឯកសារខ្លះ ទៅឱ្យអ្នក ជាភាសាខ្មែរ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខមានកត់នៅលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ឬលេខ 1-800-244-6224 សម្រាប់ខាងសុខភាព/ធ្មេញ ឬ 1-866-421-8629 សម្រាប់ខាងការប្រើប្រាស់ថ្នាំ/ការរំលោភសារធាតុញៀន ។ សម្រាប់ជំនួយថែមទៀត ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ HMO តាមលេខ 1-888-466-2219 ឬសម្រាប់គម្រោងមេសមេសជា HMO (ដូចជា PPO) ទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357។ **Khmer**

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਹਨਾਂ ਗਾਹਕਾਂ ਲਈ ਹਨ ਜੋ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਗਾਹਕਾਂ ਲਈ ਜੋ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿੱਚ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕਵਰਡ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਆਰੀਆ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕੁਝ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ ਉੱਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ ਤੇ ਜਾਂ ਮੈਡੀਕਲ/ਡੈਂਟਲ ਲਈ 1-800-244-6224 ਤੇ ਜਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ/ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੇ ਉਪਯੋਗ ਲਈ 1-866-421-8629 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ, ਜਾਂ ਤਾਂ HMO ਮਦਦ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-888-466-2219 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ ਜਾਂ ਗੈਰ HMO ਯੋਜਨਾਵਾਂ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ PPO) ਲਈ CA ਦੇ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ (CA Dept. of Insurance) ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। **Punjabi**

خدمات رایگان مربوط به زبان برای مشتریان که در کالیفرنیا زندگی می‌کنند و مشتریانی که در خارج کالیفرنیا زندگی کرده و بر اساس بیمه نامه‌ای که در کالیفرنیا صادر شده تحت پوشش هستند. می‌توانید از خدمات یک مترجم شفاهی برخوردار شوید. می‌توانید بگویند که مدارک به زبان شما برایتان خوانده شوند و برخی از آن‌ها به زبان شما برایتان ارسال شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید و یا با شماره 1-800-244-6224 برای طرح پزشکی/دندانپزشکی یا با شماره 1-866-421-8629 برای برنامه بهداشت روانی/مصرف مواد مخدر تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، با مرکز کمک HMO به شماره 1-866-466-2219 و یا برای طرح‌های غیر HMO (برای مثال PPO) به اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. **Persian**

無料の言語サービス。カリフォルニア州にお住まいのお客様、および、カリフォルニア州外にお住まいで、カリフォルニア州において発行された保険のお客様が対象。通訳がご利用でき、書類を日本語でお読みします。また、書類によっては日本語版をお届けできるものもあります。サービスをご希望の方は、IDカードに記載の電話番号、または医療・歯科サービス担当：1-800-244-6224、またはメンタルヘルス・薬物使用のための担当：1-866-421-8629までご連絡ください。その他のお問い合わせは、HMO Help Center：1-888-466-2219、またはNon-HMOプラン（例：PPO「優先医療給付機構」）については、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。 **Japanese**

Бесплатные услуги перевода для клиентов, проживающих на территории штата Калифорния, а также для тех клиентов, которые проживают за его пределами и имеют страховой полис, выданный в штате Калифорния. Вы имеете право воспользоваться услугами устного переводчика. Вам могут прочесть ваши документы, а также выслать перевод некоторых из них на вашем языке. Чтобы получить помощь, позвоните нам по номеру, указанному в вашей идентификационной карте; по вопросам получения медицинских/стоматологических услуг, позвоните по номеру 1-800-244-6224, по вопросам психического здоровья/употребления наркотиков — 1-866-421-8629. Для получения дополнительной помощи обращайтесь либо в Центр поддержки HMO по телефону 1-888-466-2219 либо обращайтесь в Министерство страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357 для получения информации в отношении не HMO планов (например PPO). **Russian**

Անվճար Լեզվական Օգնություններ անդամների համար, ովքեր բնակվում են Կալիֆոռնիայում և անդամների համար, ովքեր բնակվում են Կալիֆոռնիայից դուրս բայց ապահովագրված են Կալիֆոռնիայում տրված ապահովագրությամբ: Դուք կարող եք թարգմանիչ ձեռք բերել: Դուք կարող եք փաստաթղթերը ձեր լեզվով ընթերցել տալ ձեզ համար և նրանց մի մասը ստանալ ձեր լեզվով: Օգնության համար, զանգահարեք մեզ ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված համարով կամ 1-800-244-6224, բժշկական/ստոմատոլոգիական ծրագրի համար կամ 1-866-421-8629 վարքային առողջապահական ծառայությունների համար՝ հոգեկան առողջության/թմրանյութերի օգտագործման դեպքում: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք կամ HMO-ի Օգնության կենտրոն 1-888-466-2219 համարով կամ Ոչ-HMO ծրագրերի համար (օրինակ՝ PPO) զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք 1-800-927-4357 համարով: **Armenian**

Cov Kev Pab Txhais Lus Uas Tsis Tau Them Nqi rau cov qhua uas nyob hauv xeev California thiab cov qhua uas nyob tawm Xeev California uas tau muaj kev pov fwm los ntawm California. Koj yeej muaj tau tus neeg txhais lus. Koj hais tau kom muab cov ntawv nyeem rau koj mloog thiab kom muab qee cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus xa rau. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-800-244-6224 rau chaw pab them nqi kho mob/kho hniav los sis 1-866-421-8629 rau thov kev pab cuam kev noj qab haus huv fab kev coj cwj pwm los ntawm rau kev coj cwj pwm/kev siv yeeb tshuaj. Yog xav tau kev pab ntxiv, hu rau HMO Qhov Chaw Muab Kev Pab ntawm tus xov tooj 1-888-466-2219 los sis rau cov chaw pab them nqi kho mob uas Tsis Koom HMO (piv txwv li yog PPO) hu rau CA Lub Tuam Tsev Tswj Xyuas Txog Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357. **Hmong**

कैलिफोर्निया और कैलिफोर्निया के बाहर रहने वाले कैलिफोर्निया में जारी पॉलिसी के तहत कवर किये गए ग्राहकों के लिए **निःशुल्क भाषा सेवाएं**। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप इन दस्तावेजों को किसी से पढ़ा सकते हैं और कुछ दस्तावेजों को अपनी भाषा में प्राप्त कर सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर सूचीबद्ध नंबर पर या चिकित्सीय/दंत के लिए 1-800-244-6224 पर या मानसिक स्वास्थ्य/नशे के उपयोग संबंधी सहायता के लिए 1-866-421-8629 पर कॉल करें। अधिक सहायता के लिए, HMO सहायता केंद्र पर 1-888-466-2219 पर कॉल करें या गैर-HMO योजनाओं (उदा. PPO) के लिए 1-800-927-4357 पर CA बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को कॉल करें। **Hindi**

บริการภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับลูกค้าที่อาศัยอยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย และที่อาศัยอยู่นอกรัฐแคลิฟอร์เนียที่ได้รับ การคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ที่ออกในรัฐแคลิฟอร์เนีย คุณสามารถขอล่ามแปลภาษาได้ คุณสามารถขอให้อ่านเอกสารให้คุณฟัง และขอให้ส่งเอกสารบางส่วนถึงคุณเป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือ โปรดโทรศัพท์ถึงเราตาม หมายเลขที่ระบุไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือหมายเลข 1-800-244-6224 สำหรับบริการของ ด้านการรักษา พยาบาล/ทันตกรรมของ หรือ 1-866-421-8629 สำหรับบริการของ ด้านสุขภาพจิต/การใช้สารที่มีผลต่อจิตประสาทในทางที่ผิดปกติ หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรศัพท์ถึงศูนย์ช่วยเหลือสำหรับแผนการรักษาพยาบาลแบบ HMO ที่หมายเลข 1-888-466-2219 หรือสำหรับแผนการรักษาพยาบาลที่ไม่ใช่ HMO (เช่น PPO) โปรดโทรศัพท์ถึง Dept. of Insurance ของรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 **Thai**

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

Formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud



*** ATENCIÓN: Quizás no tenga que completar este formulario.***

- Complete este formulario solo si se está atendiendo con un proveedor de cuidado de la salud que no participa en la red de su plan. Consulte su directorio o visite Cigna.com y haga clic en *Find a doctor* (Buscar un médico) para verificar si su proveedor pertenece a la red de su plan. También puede llamar al número que aparece en su tarjeta de ID y hablar con un especialista de Servicio al Cliente para que le ayude.
- 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 (mm/dd/aaaa)		
Nombre del empleado		N.º de ID del miembro		Teléfono del lugar de trabajo
Dirección particular	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
				Teléfono particular
Nombre del paciente	N.º del Seguro Social del paciente		Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)	Relación con el empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Titular

- ¿La paciente está embarazada? Sí No
- Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha aproximada de parto? _____ (mm/dd/aaaa)
- ¿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 _____
- ¿El paciente está recibiendo tratamiento para una condición aguda o un traumatismo en la actualidad? Sí No
- ¿El paciente tiene programada una cirugía u hospitalización después de la fecha de entrada en vigor de nuestra cobertura? Sí No
- ¿El paciente está recibiendo quimioterapia, radioterapia o terapia para el cáncer, o es candidato para un trasplante de órganos? Sí No
- ¿El paciente está recibiendo tratamiento como resultado de una cirugía mayor reciente? Sí No
- ¿El paciente se está atendiendo por una enfermedad mental o por consumo de sustancias? Sí No
- ¿El paciente se está atendiendo por una enfermedad terminal? Sí No
- 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.

11. Complete la siguiente información.

Nombre del grupo médico		
Nombre del proveedor		N.º de teléfono del proveedor
Especialidad del proveedor		
Dirección del proveedor		
Hospital donde atiende el proveedor del paciente		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		

- ¿Se prevé que este paciente se encontrará en el hospital cuando comience nuestra cobertura? Sí No
- Mencione cualquier otra necesidad de continuidad del cuidado de la salud que podría permitir recibir beneficios de Transición del Cuidado de la Salud. Si estas necesidades no están relacionadas con la condición para la que usted está solicitando beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud, deberá completar un Formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud por separado.

Mediante el presente, autorizo al proveedor mencionado anteriormente a proporcionarle a Cigna HealthCare of California, Inc. 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 de la Atención en virtud de mi plan de Cigna. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización.	
Firma del paciente, padre o tutor	Fecha (mm/dd/aaaa)

Instrucciones para completar el Formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud

- ▶ Debe completar un Formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud por separado para cada condición por la que usted o sus dependientes soliciten estos beneficios. Encontrará más formularios en **Cigna.com/customer-forms**. Puede usar fotocopias.
- ▶ Responda todas las preguntas en su totalidad.
- ▶ Los formularios completados deben estar firmados por el paciente para el que se han solicitado beneficios de Transición del Cuidado de la Salud. Si el paciente es menor, el formulario debe ser firmado por un tutor.
- ▶ Para ayudar a que la revisión de su caso se realice en forma oportuna, entregue el formulario lo más pronto posible. **Debe solicitar los beneficios de Transición de la Atención lo antes posible y preferentemente, entre 30 y 60 días después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.** Los formularios completados deben marcarse como "Confidenciales" y enviarse a la dirección que aparece más abajo. Ver Notas importantes.

Notas importantes

Preguntas 1-7: Si respondió que "sí" a alguna de estas preguntas o si está enviando este Formulario de solicitud de Transición del Cuidado de la Salud por algún otro servicio de cuidado de la salud no relacionado con una condición mental, envíe el formulario a:

Cigna Health Facilitation Care Center
400 N. Brand Blvd., Suite 400
Glendale, CA 91203
FAX (800) 558-3710

Pregunta 8: Si respondió que "sí" y está recibiendo **servicios de salud mental/consumo de sustancias** y su plan incluye la cobertura de salud mental/consumo de sustancias a través de Evernorth Behavioral Health of California, envíe este formulario a:

Evernorth Behavioral Health
400 N. Brand Blvd., Suite 400
Glendale, CA 91203
FAX (860) 697-7985

Pregunta 9: Incluya información sobre 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.

Pregunta 13: Describa brevemente la condición médica. ¿Cuándo comenzó y qué proveedor le atiende actualmente? ¿Con qué frecuencia consulta a este proveedor? Sea lo más específico posible.

