

TRANSICIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD CONTINUIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD

Sepa cómo funcionan.

¿Qué es la Transición del Cuidado de la Salud?

La Transición del Cuidado de la Salud (TOC, por sus siglas en inglés) les permite a los clientes seguir recibiendo servicios para procedimientos específicos durante las transiciones de cobertura.

Un servicio de TOC es un procedimiento dental que empieza mientras usted tiene la cobertura de una aseguradora y termina mientras tiene la cobertura de una aseguradora diferente. En general, cuando recibe servicios de TOC tiene que ir más de una vez al consultorio dental para completarlos. La TOC se aplica al tratamiento de ortodoncia y a algunos servicios de odontología general, como tratamiento de conducto, coronas, dentaduras postizas parciales o puentes.

Con la TOC, es posible que pueda seguir recibiendo servicios para determinados procedimientos dentales a través de proveedores dentales que no forman parte de la red de Cigna, con los mismos niveles de cobertura que recibe dentro de la red. Debe pedir la TOC al momento de inscribirse o si cambia su plan médico. Para ello, debe presentar la solicitud dentro de los 30 días después de la fecha de inicio de su nueva cobertura.

¿Qué es la Continuidad del Cuidado de la Salud?

Con la Continuidad del Cuidado de la Salud (COC, por sus siglas en inglés), es posible que pueda recibir servicios con los mismos niveles de cobertura que recibe dentro de la red para determinados servicios dentales si su proveedor de cuidado dental abandona la red de su plan.

En general, cuando recibe servicios de COC tiene que ir más de una vez al consultorio dental para completarlos. La COC se aplica al tratamiento de ortodoncia y a algunos servicios de odontología general, como tratamiento de conducto, coronas, dentaduras postizas parciales o puentes.

La COC se brinda por un tiempo definido. Debe solicitar la COC dentro de los 30 días después de que se le notifique la finalización del contrato de su proveedor de cuidado dental.

¿Cómo funcionan la TOC y la COC?

- ▶ Ya debe estar recibiendo tratamiento para la condición indicada en el formulario de solicitud de TOC/COC.
- ▶ **Si la solicitud se aprueba para procedimientos dentales:**
 - Recibirá el nivel de cobertura dentro de la red para el tratamiento del servicio calificado. Debe atenderse únicamente con proveedores específicos de cuidado dental durante el tiempo que apruebe Cigna.
 - Si su plan incluye cobertura fuera de la red, puede optar por seguir atendiéndose con proveedores fuera de la red una vez finalizado el período aprobado por Cigna; no obstante, en general obtendrá mejores beneficios si se atiende dentro de la red.
 - La TOC/COC se aplica únicamente al tratamiento del servicio dental específico aprobado con el proveedor dental nombrado en el formulario de solicitud. Todas las demás condiciones deberán ser atendidas por un proveedor dental de la red para que usted reciba cobertura dentro de la red.
- ▶ La disponibilidad de la TOC/COC no garantiza que un tratamiento sea dentalmente necesario. En función de lo que realmente se pida, para que se cubra un servicio es posible que, de todos modos, se exija una determinación de la necesidad dental.

Contigo paso a paso.®



Ofrecido por: Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company o sus afiliadas.

La TOC/COC puede estar disponible para condiciones dentales como estas:

- › Tratamiento de conducto
- › Coronas/puentes
- › Dentaduras postizas completas/parciales
- › Implantes
- › Tratamiento de ortodoncia

La TOC/COC no está disponible para condiciones como estas:

- › Limpiezas/exámenes
- › Servicios periodontales
- › Empastes

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

Cigna puede determinar que la transición a un proveedor de cuidado dental de la red es inapropiada o insegura para determinadas condiciones que cumplen con los requisitos para TOC/COC. En esos casos, Cigna autorizará que los servicios sean proporcionados por un proveedor de cuidado dental fuera de la red durante un período específico (por lo general, 90 días). En otros casos, es posible que los servicios se aprueben hasta que haya finalizado la atención o se haya realizado la transición a un proveedor de cuidado dental de la red, lo que suceda primero.

Si recibo la aprobación para TOC/COC para un procedimiento dental, ¿puedo recibir cobertura dentro de la red para un servicio que no está relacionado?

Los niveles de cobertura dentro de la red que forman parte de la TOC/COC solo se aplican a los servicios dentales aprobados. No pueden aplicarse a otro servicio dental.

Tiene que completar un formulario de solicitud de TOC/COC para cada servicio dental que no esté relacionado. Debe completar este formulario dentro de los 30 días después de que su plan entre en vigor o su proveedor de cuidado dental abandone la red de su plan.

¿Puedo solicitar TOC/COC si no estoy recibiendo tratamiento o atendiéndome con un proveedor de cuidado dental en la actualidad?

Ya debe estar recibiendo tratamiento para el servicio dental indicado en el formulario de solicitud de TOC/COC.

¿Cómo hago para solicitar la cobertura de TOC/COC?

Debe enviar su solicitud por escrito, usando el formulario de solicitud de TOC/COC. Este formulario debe presentarse al inscribirse, al cambiar de plan dental o cuando su proveedor de cuidado dental abandone la red de Cigna. No puede enviarse más de 30 días después de la fecha de inicio de su plan o de notificación de la finalización del contrato de su proveedor de cuidado dental.

Después de recibir su pedido, Cigna analizará y evaluará 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.

Formulario de solicitud de TOC/COC



Use un formulario distinto para cada condición. Se aceptan fotocopias. Adjunte información adicional si es necesario. Pídale ayuda a su proveedor dental para completar la información a continuación.

| | | | | | |
|----------------------|---|-------------|---|---|--|
| Empleador | | N.º de plan | | Fecha de inscripción del empleado en el plan (mm/dd/aaaa) | |
| Nombre del empleado | | | ID del empleado | | Teléfono laboral |
| Domicilio particular | Calle | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono particular/teléfono celular |
| 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 |

- ¿El paciente comenzó un tratamiento de conducto para una pieza dental específica que está en curso y no se completó?
Si responde que sí, proporcione el número de pieza dental y la fecha en que comenzó el tratamiento de conducto. _____ Sí No
- ¿El paciente comenzó un procedimiento de corona y/o puente para una o varias piezas dentales específicas que está en curso y no se completó?
Si responde que sí, proporcione el o los números de pieza dental y la fecha de preparación. _____ Sí No
- ¿El paciente comenzó un tratamiento para una dentadura postiza superior y/o inferior que está en curso y no se completó?
Si responde que sí, proporcione el o los arcos involucrados y la fecha de preparación. _____ Sí No
- ¿El paciente comenzó un tratamiento para una dentadura postiza parcial superior y/o inferior que está en curso y no se completó?
Si responde que sí, proporcione el o los arcos involucrados y la fecha de preparación. _____ Sí No
- ¿El paciente comenzó un tratamiento para un implante que está en curso y no se completó?
Si responde que sí, proporcione el o los números de pieza dental y la(s) fecha(s) de extracción. _____ Sí No
- ¿El paciente comenzó un tratamiento para una prótesis de implante relacionada con uno o más implantes que está en curso y no se completó?
Si responde que sí, proporcione el o los números de pieza dental y la fecha de preparación. _____ Sí No
- ¿El paciente está recibiendo actualmente tratamiento de ortodoncia?
Si responde que sí, proporcione la fecha en que se le colocaron las bandas. _____ Sí No
- Si no respondió que sí a ninguna de las preguntas anteriores, describa el o los servicios dentales en curso para los que el paciente solicita TOC/COC. Nota: No puede solicitarse TOC/COC para planes de tratamiento dental (no en curso).

9. Complete la información del proveedor de cuidado dental solicitada a continuación.

| | |
|---|---|
| Nombre del Grupo médico | |
| Nombre del proveedor de cuidado dental | N.º de teléfono del proveedor de cuidado dental |
| Especialidad del proveedor de cuidado dental | |
| Número de ID fiscal y de licencia del proveedor de cuidado dental | |
| Motivo del/de los servicio(s) | |
| | |

Mediante el presente, autorizo al proveedor de cuidado de la salud mencionado anteriormente a proporcionarle a Cigna 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 Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización.

| | |
|----------------------------|--------------------|
| Firma del paciente o tutor | Fecha (mm/dd/aaaa) |
|----------------------------|--------------------|

Envíe este formulario de solicitud a:

Cigna Dental
 Attention: Transition of Care/Continuity of Care
 5300 W. Tulare Ave.
 Visalia, CA 93277
 Fax 860.730.3939

Instrucciones para completar el formulario de solicitud de TOC/COC

Una vez completado, el formulario debe ser firmado por el paciente para quien se solicita la TOC/COC. Si el paciente es menor de edad, el formulario debe ser firmado por un tutor.

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 TOC/COC.

Para ayudar a que la revisión de su pedido se realice en forma oportuna, entregue el formulario lo más pronto posible. Para ello, debe presentar la solicitud de TOC dentro de los 30 días después de la fecha de inicio de su plan. Para la COC, entregue este formulario junto con una copia de la carta de finalización del contrato del proveedor que recibió de Cigna. Debemos recibir ambos documentos dentro de los 30 días de la fecha escrita en la carta de finalización del contrato del proveedor.

Los formularios de solicitud de TOC/COC completados deben recibirse dentro de los 30 días después de que su plan entre en vigor o su proveedor de cuidado dental abandone la red de su plan.

Las solicitudes de TOC/COC se analizarán dentro de los 10 días después de recibirse.



La disponibilidad de los productos puede variar según la ubicación y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro dental colectivo y los planes de beneficios dentales tienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o comuníquese con un 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, Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., y Cigna Dental Health, Inc. y sus subsidiarias.