

TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Sepa cómo funcionan

¿Qué es la Transición de la Atención?

Con el beneficio de Transición de la Atención, es posible que pueda seguir recibiendo servicios para determinadas afecciones médicas. Este beneficio está disponible a través de proveedores de atención médica fuera de la red de Cigna, pero con el mismo nivel de cobertura que recibe dentro de la red. Este beneficio es por un tiempo definido, solo hasta que se coordine la transferencia segura de la atención a un proveedor o una instalación de la red. Debe pedir la Transición de la Atención al momento de inscribirse o si cambia su plan médico. Para ello, debe presentar la solicitud dentro de 30 días después de la fecha de entrada en vigor de su cobertura.

¿Qué es la Continuidad de la Atención?

El beneficio de Continuidad de la Atención le permite recibir servicios con el mismo nivel de cobertura que recibe dentro de la red para determinadas afecciones médicas. Este beneficio está disponible cuando su proveedor de atención médica abandona la red de su plan y la transferencia inmediata de su atención a otro proveedor de atención médica sería inapropiada y/o insegura. Este beneficio se brinda por un tiempo definido. Debe pedir la Continuidad de la Atención dentro de los 30 días después de la fecha de finalización del contrato de su proveedor de atención médica. Esta es la fecha en la que el profesional abandona la red de su plan.

Cómo funcionan

- ▶ Ya debe estar recibiendo tratamiento para la afección identificada en el formulario de solicitud de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención.
- ▶ Si la solicitud se aprueba para afecciones médicas:
 - Recibirá el mismo nivel de cobertura que recibe dentro de la red para el tratamiento de la afección específica. El tratamiento será brindado por el proveedor de atención médica durante un tiempo definido, según lo determine Cigna.
 - Si su plan incluye cobertura fuera de la red y usted opta por seguir recibiendo atención fuera de la red después del plazo aprobado por Cigna, debe 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 de la Atención/Continuidad de la Atención se aplica únicamente para el tratamiento de la afección médica especificada y para el proveedor de atención médica identificado en el formulario de solicitud. Todas las demás afecciones deberán ser atendidas por un proveedor de atención médica de la red para que usted reciba cobertura dentro de la red.
- ▶ La disponibilidad del beneficio de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención:
 - 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.

Contigo paso a paso.®



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

Los beneficios de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención pueden estar disponibles para afecciones médicas agudas como estas:

- Embarazo en el segundo o tercer trimestre al momento de la **fecha de entrada en vigor** del plan o la finalización del contrato del proveedor de atención médica.
- 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 atención continua por complicaciones asociadas con un trasplante.
- Cirugías mayores recientes en el período de seguimiento, que es generalmente de seis a ocho semanas.
- Afecciones agudas en **tratamiento activo**, como ataques al corazón, derrames cerebrales o afecciones crónicas inestables.
 - “**Tratamiento activo**” se define como una visita al proveedor u 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 atención médica.
- Internación hospitalaria en la fecha de entrada en vigor del plan (únicamente para planes sin disposiciones de extensión de la cobertura).

Los beneficios de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención no están disponibles para afecciones como estas:

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

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

Si Cigna determina que la transición a un proveedor de atención médica de la red es inapropiada o insegura para las afecciones que permiten recibir el beneficio, los servicios del proveedor de atención médica 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 la atención o se haya realizado la transición a un proveedor de atención médica de la red, lo que suceda primero.

Si recibo la aprobación para recibir los beneficios de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención para una enfermedad, ¿puedo recibir cobertura dentro de la red para una afección no relacionada?

Los niveles de cobertura dentro de la red proporcionados como parte de los beneficios de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención son para la enfermedad o afección específica únicamente y no pueden aplicarse a otra enfermedad o afección. Tiene que completar un formulario de solicitud de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención para cada enfermedad o afección no relacionada. Debe completar este formulario dentro de los 30 días después de que su plan entre en vigor o su proveedor de atención médica abandone la red de su plan.

¿Puedo pedir los beneficios de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención si no estoy recibiendo tratamiento o asistiéndome con un proveedor de atención médica en la actualidad?

Ya debe estar recibiendo tratamiento para la afección identificada en el formulario de solicitud de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención.

¿Cómo hago para solicitar la cobertura de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención?

Los pedidos deben hacerse por escrito, usando el formulario de solicitud de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención. Este formulario debe presentarse al inscribirse, al cambiar de plan médico o cuando su proveedor de atención médica abandone la red de Cigna. No puede presentarse más de 30 días después de la fecha de entrada en vigor de su plan o la fecha de finalización del contrato de su proveedor de atención médica. 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 Transición de la Atención/ Continuidad de la Atención de Cigna



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

Nuevo afiliado de Cigna (solicitante de Transición de la Atención)

Afiliado existente de Cigna cuyo proveedor de atención médica finalizó su contrato (solicitante de Continuidad de la Atención)

Use un formulario distinto para cada afección. Se aceptan fotocopias. Adjunte información adicional si es necesario.

Inscripción en El plan de Cigna (mm/dd/aaaa)		N.º de póliza		Fecha de inscripción del empleado en el plan (mm/dd/aaaa)	
Nombre completo			N.º del Seguro Social o identificación alternativa		Teléfono laboral
Domicilio particular	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono particular/teléfono celular
Nombre del paciente (si corresponde)	N.º del Seguro Social del paciente o identificación alternativa		Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)		Parentesco con el empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Titular

- ¿La paciente está embarazada y en el segundo o tercer trimestre de embarazo? Fecha aproximada de parto _____ (mm/dd/aaaa) Sí No
- En caso afirmativo, ¿el embarazo se considera de alto riesgo? Por ejemplo, nacimiento múltiple, diabetes gestacional. Sí No
- ¿El paciente está recibiendo tratamiento para una afección aguda o un traumatismo en la actualidad? Sí No
- ¿El paciente tiene programada una cirugía u hospitalización después de su fecha de entrada en vigor en Cigna? Sí No
- ¿El paciente está recibiendo quimioterapia, radioterapia, terapia para el cáncer o atención para una enfermedad terminal? Sí No
- ¿El paciente está recibiendo tratamiento como resultado de una cirugía mayor reciente? Sí No
- ¿El paciente está recibiendo diálisis? Sí No
- ¿El paciente es candidato para un trasplante de órganos? Sí No
- Si no respondió afirmativamente a ninguna de las preguntas anteriores, describa la afección para la cual el paciente solicita los beneficios de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención.

10. Complete la información del proveedor de atención médica solicitada a continuación.

Nombre del Grupo médico		
Nombre del proveedor de atención médica		N.º de teléfono del proveedor de atención médica
Especialidad del proveedor de atención médica		
Dirección del proveedor de atención médica		
Hospital donde ejerce el proveedor de atención médica		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 la cobertura de Cigna o durante los 90 días posteriores? Sí No
- Mencione cualquier otra necesidad de atención continua que pueda cumplir con los requisitos para recibir beneficios de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención. Si estas necesidades de atención no están asociadas con la afección para la que usted está solicitando beneficios de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención, deberá completar un formulario de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención por separado.

Mediante el presente, autorizo al proveedor de atención médica mencionado anteriormente a proporcionarle a Cigna o cualquier compañía afiliada de Cigna 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/Continuidad de la Atención en virtud 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)
-----------------------------------	--------------------

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 de la Atención/Continuidad de la Atención se analizarán dentro de los 10 días posteriores a su recepción. En el caso de afiliados nuevos de Cigna, los pedidos se analizarán dentro de los 10 días posteriores a la fecha de entrada en vigor del participante. Los pedidos relacionados con el Trasplante de órganos pueden tardar más en analizarse.

Instrucciones para completar el formulario de solicitud de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención

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

Debe completar un formulario de solicitud de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención por separado para cada afección 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 de la Atención/Continuidad de la Atención. Si el paciente es menor, 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 de la Atención/Continuidad de la Atención 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.

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

Si respondió afirmativamente a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 u 8, 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 9, incluya información acerca del plan de tratamiento actual o propuesto y cuánto se prevé que durará el tratamiento. Si se ha planificado una cirugía, mencione el tipo de cirugía y la fecha propuesta.

En la pregunta 12, detalle brevemente la afección médica, cuándo comenzó, qué proveedor de atención médica está brindando tratamiento en la actualidad y con qué frecuencia lo visita. Sea lo más específico posible.

Las solicitudes de beneficios de Transición de la Atención/Continuidad de la Atención se analizarán dentro de los 10 días después de recibirse. En el caso de afiliados nuevos de Cigna, 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.



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, Cigna 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.