

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



- Transición de la atención: nuevo miembro inscrito que pasa a un nuevo plan
- Continuidad de la atención: miembro existente cuya red de proveedores ha cambiado

Transición de la atención ▶ La transición de la atención se produce cuando el plan de salud de un miembro cambia durante el transcurso de ciertos tratamientos médicos y, como resultado, los servicios médicamente necesarios pasan a estar fuera de la red. Puede ser necesario continuar con el proveedor actual durante un periodo de tiempo para completar el curso del tratamiento, o el parto en el caso de embarazo, en un nivel dentro de la red. Si tiene programado un procedimiento, está en medio de un tratamiento por una condición médica o está embarazada y actualmente trabaja con un proveedor fuera de la red, puede ser elegible para una transición de la atención. (El formulario debe presentarse en el momento del cambio del plan de salud, pero no más de 30 días después de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura).

Continuidad de la atención ▶ La continuidad de la atención se produce cuando hay cambios en la red actual del miembro y hay razones clínicas que impiden la transferencia inmediata de la atención a un proveedor de la red. La continuidad de la atención permite al miembro recibir servicios a niveles de cobertura dentro de la red para condiciones médicas específicas durante un periodo de tiempo definido. (El formulario debe presentarse en los 30 días siguientes al cambio de red).

Nombre del miembro	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de identificación del suscriptor	N.º de teléfono del miembro
Proveedor/médico		Nombre del contacto	Número de teléfono del proveedor/médico
Establecimiento (si corresponde)		Nombre del contacto del establecimiento	Número de teléfono del establecimiento
Diagnóstico primario (escrito)	Códigos de terminología actualizada de procedimientos médicos (Current Procedural Terminology (CPT, por sus siglas en inglés)) /Servicio/Procedimiento(s)	Si está embarazada, fecha de parto	
Periodo de tiempo solicitado			

Por favor, a continuación incluya un resumen clínico de la condición del paciente y el plan de tratamiento (para ser completado por el médico tratante). Si la solicitud es aprobada por el compañía anterior, proporcione la carta de autorización o la confirmación o incluya lo siguiente: diagnóstico en código CPT, proveedor, establecimiento, fecha de servicio aprobado. Algunas solicitudes requieren notas clínicas/informes médicos para su revisión. Por favor, adjunte notas clínicas/informes médicos si es el caso.

X

Firma del proveedor

¿Listo para enviar? Envíe por fax el formulario de solicitud y la documentación clínica de respaldo al 503-243-5105, o envíe un correo electrónico seguro a transitionofcare@modahealth.com

¿Tiene alguna pregunta? Póngase en contacto con Moda Health al 888-393-2940 o en medical@modahealth.com