

# Formulario de Petición de Continuidad de la Atención



Enviar por correo a: 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833  
Por fax a: 916.568.0126  
Preguntas al: 916.563.2250 o al número gratuito 888.563.2250 o al TTY 888.877.5378

Si actualmente recibe tratamiento y (i) es un nuevo afiliado de WHA o (ii) un afiliado de WHA cuyo médico ya no está asociado con WHA, puede solicitar permanecer de manera temporal con su médico actual. Consulte al dorso para obtener más información acerca del significado de atención continuada y si usted podría calificar. Para solicitar continuidad de atención médica, complete este formulario para cada médico que desee conservar. Si no le han emitido la continuidad calificada de atención médica, es posible que todavía pueda pedir ayuda para cambiar a los prestadores de servicios de WHA a través de este formulario. Entregue este formulario a WHA tan pronto como sepa que necesitará atención continua (si es nuevo) o de que su médico dejó de participar con WHA. WHA le avisará si califica para la continuidad de atención médica.

**PETICIÓN PARA:**  Continuar la atención con el especialista actual  Obtener ayuda para cambiar de especialista/prestador de servicios

## Sección I — INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO Y EL PLAN

Nombre del empleado \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Letra inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Número de identificación del miembro \_\_\_\_\_ Fecha en que entra en vigencia \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Número de Apt./Unidad \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono de casa \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Anterior compañía de seguro médico \_\_\_\_\_  OHMO  PPO

## Sección II — INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE, EL MÉDICO Y EL TRATAMIENTO

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_  
Relación con el empleado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Número de Apt./Unidad \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_  
Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ Grupo médico \_\_\_\_\_

### Seguro médico anterior

Especialista \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección del especialista \_\_\_\_\_ Número de Suite \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_  
¿Está embarazada la paciente?  Si  No  
Fecha de parto \_\_\_\_\_ Hospital que efectúa el parto \_\_\_\_\_  
Fecha del diagnóstico o del tratamiento inicial \_\_\_\_\_ ¿Está recibiendo tratamiento actualmente el paciente?  Si  No  
Fecha de la siguiente cita o tratamiento programado \_\_\_\_\_  
Tratamiento o necesidad actual (proporcione detalles, use una hoja adicional si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Sección III — FIRMA REQUERIDA

Autorizo a los proveedores médicos nombrados arriba a revelar todos mis registros médicos a Western Health Advantage(WHA) con el propósito de evaluar mi petición de continuidad de atención médica. Esta autorización vencerá automáticamente después de que WHA complete la evaluación de mi petición. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento y reconozco que una revocación no afectará los expedientes previamente divulgados de conformidad con esta autorización. Entiendo que mi prestador de servicios y Western Health Advantage están obligados por ley estatal y federal a mantener confidencial mi información médica. Entiendo que WHA no condicionará mi tratamiento, elegibilidad ni inscripción por el hecho de que firme o no firme este formulario; sin embargo, mi petición de continuidad de atención médica se negará si no firmo esta autorización.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **¿QUÉ ES LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA?**

En ciertas circunstancias (abajo), puede continuar su atención temporalmente con un médico que no es parte de la red de WHA (un "prestador de servicios no participante"). Si lo está tratando un prestador de servicios que ha sido eliminado de la red de WHA o si es un afiliado nuevo que ha estado recibiendo atención de un prestador de servicios no participante, puede continuar su atención con ese prestador de servicios siempre que satisfaga los requisitos de continuidad de atención médica que se explican a continuación.

## **REQUISITOS PARA LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

Con el fin de que pueda calificar para la continuidad de atención médica, el Prestador de Servicios no Participante debe haber estado tratándolo para uno de los problemas nombrados a continuación. El Director Médico evaluará las circunstancias particulares caso por caso.

- Un estado agudo: un estado médico en el que intervenga el comienzo repentino de síntomas debido a una enfermedad, lesión o algún otro problema médico que requiera atención inmediata y que sea de duración limitada. Se deberán proporcionar los servicios cubiertos por el tiempo que dure la enfermedad aguda.
- Un estado crónico grave: un estado crónico grave es una afección médica debido a enfermedad u otro problema médico o trastorno médico que sea de naturaleza grave y que persiste sin cura total, empeora a lo largo de un periodo extendido o requiere tratamiento continuo para que siga en remisión o para prevenir el deterioro. Se prestarán servicios cubiertos por el periodo necesario para completar un ciclo de tratamiento y para disponer la transferencia sin problemas a otro proveedor, como lo haya determinado WHA en consulta con el afiliado y el prestador de servicios eliminado de la red o el Prestador de Servicios no Participante, de conformidad con la buena práctica profesional. Los servicios cubiertos en virtud de este párrafo no se extenderán más allá de doce (12) meses a partir de la fecha de terminación del contrato o doce (12) meses a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para un afiliado recién inscrito.
- Un embarazo (se continuará la atención médica durante todo el embarazo y el período de posparto inmediato, incluyendo una afección de salud mental materna documentada (se continuará con la atención médica durante no más de doce (12) meses desde el final del embarazo)).
- Una enfermedad terminal: una afección incurable o irreversible que tiene gran probabilidad de causar la muerte en un periodo de un año. La atención médica continuará durante el tiempo que dure la enfermedad terminal.
- La atención de un niño recién nacido cuya edad es entre recién nacido y treinta y seis (36) meses. La atención se continuará por un periodo de hasta doce (12) meses.
- La ejecución de cirugía u otro procedimiento que haya sido autorizado por WHA (o su grupo médico contratado) como parte de un ciclo de tratamiento documentado que ocurrirá en un plazo de ciento ochenta (180) días.

## **NOTA ACERCA DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS**

WHA y/o el grupo médico podrá exigirle al Prestador de Servicios No Participante que acepte los términos de credenciales, privilegios de hospital, reconsideración de la utilización, evaluación por profesionales, control de calidad y compensación de WHA. Si el Prestador de Servicios No Participante no cumple con esos términos y condiciones contractuales, usted no calificará para la continuidad de atención médica con ese proveedor.

*Si tiene preguntas sobre la política de continuidad de la atención de Western Health Advantage, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros.*