

# Cómo Funcionan la Transición del Cuidado de la Salud y la Continuidad del Cuidado de la Salud.

La transición del cuidado de la salud brinda a los miembros nuevos de UnitedHealthcare la opción de pedir una extensión de la cobertura de su profesional de cuidado de la salud actual y fuera de la red a tarifas de la red durante un tiempo limitado, debido a una condición médica específica y hasta que se pueda coordinar la transferencia segura a un profesional de cuidado de la salud de la red. En la página 2 de este documento encontrará ejemplos de las condiciones médicas cubiertas. Usted debe solicitar la transición del cuidado de la salud a más tardar a los 30 días después de la fecha en que comienza su cobertura de UnitedHealthcare. Para ello, use el formulario que comienza en la página 4.

La continuidad del cuidado de la salud brinda a los miembros de UnitedHealthcare la opción de pedir la extensión del cuidado que reciben de su profesional de cuidado de la salud actual, si este profesional deja de trabajar con el plan de salud y empieza a considerarse fuera de la red. Los miembros con razones médicas que impiden una transferencia inmediata a un profesional de cuidado de la salud de la red pueden pedir una extensión de la cobertura de servicios a tarifas de la red, en el caso de condiciones médicas específicas durante un período definido. En la página 2 de este documento encontrará ejemplos de las condiciones médicas cubiertas. Si su profesional de cuidado de la salud deja la red de UnitedHealthcare, usted debe solicitar la continuidad del cuidado de la salud en un plazo no mayor de 30 días de la fecha de terminación del profesional de cuidado de la salud. Para ello, use el formulario que comienza en la página 4.



Busque ayuda para comprender estos términos del seguro de salud y más en la página 3.

## **Cómo funcionan la transición del cuidado de la salud y la continuidad del cuidado de la salud:**

Usted ya debe estar bajo tratamiento activo (consulte la definición a continuación) en la actualidad con el profesional de cuidado de la salud identificado no contratado para la condición identificada en el formulario de Transición del Cuidado de la Salud y Continuidad del Cuidado de la Salud a continuación.

- Su solicitud será evaluada según la ley federal vigente, los beneficios del plan y las normas de acreditación. La cobertura en el nivel de la red está disponible si el proveedor acepta cobrar las tarifas de nuestra red, proporcionar los registros médicos y seguir nuestras normas y un plan de tratamiento aprobado por nosotros.
- Si su pedido es aprobado para la condición médica indicada en su formulario, usted recibirá el nivel de cobertura de la red para el tratamiento de la condición específica de parte del profesional de cuidado de la salud para:
  - o Hasta 30 días a partir de la fecha de vigencia de la cobertura para los miembros nuevos,
  - o Hasta 90 días desde que su proveedor deje la red de su plan de salud, o
  - o hasta el final del período de tratamiento activo actual, lo que ocurra primero.
- Si recibimos su pedido después de los plazos indicados anteriormente, usted no cumplirá los requisitos para la transición del cuidado de la salud ni la continuidad del cuidado de la salud.
- Después de estos plazos, la cobertura de la red termina. Si su plan incluye cobertura fuera de la red y usted elige seguir recibiendo cuidado fuera de la red más allá del plazo aprobado, usted debe seguir los requisitos para cuidado fuera de la red de su plan, incluidos los requisitos de preautorización y de prenotificación.
- Todos los demás servicios o suministros deben ser proporcionados por un profesional de cuidado de la salud de la red para que usted reciba niveles de cobertura de la red.
- Si su plan no incluye cobertura fuera de la red, usted puede llamar al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID de su plan de salud para recibir ayuda.
- La disponibilidad de la cobertura de transición del cuidado de la salud y continuidad del cuidado de la salud no garantiza que un tratamiento sea médicamente necesario o que esté cubierto por los beneficios de su plan. Según el tipo de pedido, es posible que se deba presentar una determinación de necesidad médica y una preautorización formal para que un servicio esté cubierto.

## **Los ejemplos de condiciones médicas que pueden calificar para la transición del cuidado de la salud y la continuidad del cuidado de la salud incluyen, entre otros:**

- Embarazada y bajo tratamiento para el embarazo.
  - La cobertura de los niños recién nacidos comienza en el momento del nacimiento y continúa durante 30 días. Usted debe elegir un pediatra dentro de la red y notificar al representante de su plan de salud en un lapso de 30 días desde la fecha de nacimiento del bebé para agregar al bebé a su plan.
- Cáncer recientemente diagnosticado o recaída del cáncer, actualmente recibiendo quimioterapia, radioterapia o reconstrucción.
- Candidatos de trasplante o receptores de trasplante que necesitan cuidado continuo debido a complicaciones asociadas con un trasplante.
- Cirugías mayores recientes en la fase aguda y período de seguimiento (por lo general de seis a ocho semanas después de la cirugía).
- Condiciones agudas graves en tratamiento activo, como ataque cardíaco o derrame cerebral.
- Otras condiciones crónicas graves que requieren tratamiento activo.

## **Los ejemplos de condiciones que no califican para la transición del cuidado de la salud y la continuidad del cuidado de la salud incluyen:**

- Exámenes de rutina, vacunas y evaluaciones de la salud.
- Condiciones crónicas como diabetes, artritis, alergias, asma, enfermedad renal e hipertensión que son estables.
- Enfermedades menores como resfrío, dolor de garganta e infección de oído.
- Cirugías programadas electivas.

## Preguntas frecuentes:

- P** ¿Qué puedo esperar después de enviar el formulario lleno?
- R** Usted recibirá una decisión por escrito en la que se aprobará o denegará su pedido. Le recomendamos que busque un médico, un profesional de cuidado de la salud o un centro (como un hospital) dentro de su red en [myuhc.com](http://myuhc.com).
- P** Si me aprueban para la transición del cuidado de la salud y la continuidad del cuidado de la salud para una condición médica, ¿puedo recibir cobertura de la red para una condición no relacionada?
- R** No. Los niveles de cobertura de la red proporcionados como parte de la transición del cuidado de la salud y de la continuidad del cuidado de la salud son para condiciones médicas específicas solamente y no pueden aplicarse a otra condición. Si busca el nivel de beneficios de la red para más de una condición médica, deberá llenar un formulario separado para cada condición específica.

## Definiciones:

**Transición del Cuidado de la Salud:** Brinda a los miembros nuevos de UnitedHealthcare la opción de pedir la extensión de la cobertura que les ofrece su profesional de cuidado de la salud actual fuera de la red a tarifas de la red durante un tiempo limitado debido a una condición médica específica hasta que pueda coordinarse la transferencia segura a un profesional de cuidado de la salud de la red.

**Continuidad del Cuidado de la Salud:** Brinda a los miembros de UnitedHealthcare la opción de pedir la extensión del cuidado que reciben de su profesional de cuidado de la salud actual, si este profesional deja de trabajar con el plan de salud y empieza a considerarse fuera de la red.

**Dentro de la red:** Centros, proveedores y distribuidores con los que su plan de salud tiene contrato para que presten servicios de cuidado de la salud.

**Fuera de la red:** Servicios prestados por un proveedor no participante.

**Preautorización:** Evaluación de cobertura de su plan de salud antes de que usted obtenga acceso a medicamentos o servicios.

**Tratamiento activo:** Un tratamiento activo por lo general incluye visitas regulares al profesional para supervisar el estado de una enfermedad o trastorno, proporcionar tratamiento directo, recetar medicamentos u otro tratamiento o modificar un plan de tratamiento. Discontinuar un tratamiento activo podría causar una recurrencia o empeoramiento de la condición bajo tratamiento y dificultar la recuperación. Por lo general, un tratamiento se define como activo si abarca los últimos 30 días, pero la situación se evalúa caso por caso.

Consulte otros términos y definiciones de cuidado de la salud y seguro de salud en [justplainclear.com](http://justplainclear.com).

# Formulario de Transición del Cuidado de la Salud y Continuidad del Cuidado de la Salud

Este formulario es para miembros de planes autofinanciados únicamente.

Para servicios de salud del comportamiento, comuníquese con su compañía de seguros de salud del comportamiento al número de teléfono del Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de ID del cuidado de la salud.

## Para llenar este formulario:

- Cerciórese de llenar todos los campos. Una vez que el formulario esté lleno, deberá firmarlo el miembro para quien se pide la transición del cuidado de la salud y la continuidad del cuidado de la salud. Si el paciente es menor, debe firmarlo un tutor.
- Usted debe solicitar la transición del cuidado de la salud y la continuidad del cuidado de la salud en un plazo no mayor de 30 días de la fecha de vigencia de la cobertura.
- Debe llenar un formulario de Transición del Cuidado de la Salud y Continuidad del Cuidado de la Salud por separado para cada condición para la cual usted o sus dependientes están buscando transición del cuidado de la salud y continuidad del cuidado de la salud.
- Envíe el formulario lleno por correo o fax, junto con la información y los registros médicos pertinentes, en un plazo no mayor de 30 días después de la fecha de vigencia de su plan de UnitedHealthcare a:

**UnitedHealthcare**  
 600 Airborne Parkway  
 Cheektowaga, NY 14225  
 Attn: Transition of Care and Continuity of Care Fax: 855-686-3561

- Después de recibir su pedido, UnitedHealthcare revisará y evaluará la información proporcionada. Los formularios que no estén llenos se devolverán al solicitante. Si el formulario está lleno, le enviaremos una carta para hacerle saber si su pedido se aprobó o denegó. La presentación de este formulario lleno no garantiza que se concederá el pedido de transición del cuidado de la salud y continuidad del cuidado de la salud.

Información del Miembro		
<input type="checkbox"/> Miembro nuevo de UnitedHealthcare (solicitante de transición del cuidado de la salud) <input type="checkbox"/> Miembro existente de UnitedHealthcare cuyo proveedor de cuidado dejó de participar (solicitante de continuidad del cuidado de la salud)		
Nombre	Número de ID del miembro de UnitedHealthcare	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)
Dirección	Ciudad	Estado/Código postal
Número de teléfono residencial/celular		Número de teléfono laboral
Nombre del empleador		Fecha de inscripción en el plan de UnitedHealthcare (mm/dd/yyyy)
Relación del miembro con el empleado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro	¿Está el miembro cubierto por otra compañía de seguros de salud actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿nombre de la compañía de seguros?	
<b>Autorización para divulgar registros:</b> Autorizo a todos los médicos y otros profesionales o centros de cuidado de la salud a proporcionar a UnitedHealthcare información con relación al cuidado médico, consejos, tratamiento o suministros para el miembro mencionado más arriba. Esta información se utilizará para determinar si el miembro cumple los requisitos para los beneficios de transición del cuidado de la salud y continuidad del cuidado de la salud conforme al plan.		
Firma del miembro/Firma del padre, madre o tutor si el miembro es menor de edad		Fecha (mm/dd/yyyy)

**Sección del Proveedor de Cuidado: Su profesional de cuidado de la salud debe llenar la siguiente información.**

Nombre (médico u otro profesional de cuidado de la salud tratante)	Identificador de proveedor nacional (NPI) o número de ID fiscal (TIN)	Número de teléfono
Dirección	Ciudad	Estado/Código postal
Nombre del centro, identificador de proveedor nacional (NPI) o número de identificación de contribuyente individual (TIN), ciudad y estado	Número de teléfono del centro	
Fecha de la última visita (mm/dd/yyyy)	Próxima cita programada (mm/dd/yyyy)	Frecuencia de las visitas
Diagnóstico	Duración prevista del tratamiento	Si es maternidad: Fecha probable de parto (mm/dd/yyyy)

Elija una de las descripciones, si corresponde:

- Condición potencialmente mortal     
  Condición aguda     
  Trasplante     
  Paciente hospitalizado/recluido  
 Cirugía prevista     
  Discapacitado/discapacidad     
  Condición terminal     
  Tratamiento continuo

**Miembros recién nacidos:** La cobertura de los niños recién nacidos comienza en el momento del nacimiento y continúa durante 30 días. Usted debe elegir un pediatra dentro de la red y notificar al representante de su plan de salud en un plazo no mayor de 30 días desde la fecha de nacimiento del bebé para agregar al bebé a su plan.

¿Es el tratamiento por una exacerbación de una lesión anterior o condición crónica?     Sí     No

**Condición Actual y Plan de Tratamiento Asociado (incluya un breve comentario y todos los códigos de Terminología de Procedimientos Actuales [CPT] pertinentes)\***

Si estas necesidades de cuidado no están asociadas a la condición para la cual usted está solicitando la cobertura de transición del cuidado de la salud y continuidad del cuidado de la salud, llene un formulario de Transición del Cuidado de la Salud y Continuidad del Cuidado de la Salud separado para cada condición. \*adjunte información clínica adicional según sea necesario.

Comprendemos que usted no es, o pronto dejará de ser, proveedor participante en nuestra red. Nuestro miembro está recibiendo tratamiento de parte de usted para la condición médica indicada anteriormente y está buscando la continuación de la cobertura en el nivel de beneficios de la red. Si el miembro cumple los requisitos, usted acepta (1) prestar el servicio cubierto, incluido cualquier cuidado médico de seguimiento cubierto por el plan del miembro, durante el plazo correspondiente, (2) seguir nuestras normas y procedimientos, (3) si se le solicita, compartir la información relacionada con el tratamiento del miembro con nosotros, (4) si corresponde, dar referencias para servicios, incluidos los servicios de laboratorio, a proveedores de la red o solicitar nuestra aprobación antes de referir a un miembro a un proveedor fuera de la red, y (5) si corresponde, solicitar cualquier preaprobación necesaria antes de que se presten los servicios. Tenga en cuenta lo siguiente:

Para los proveedores que dejarán nuestra red: Los términos y las condiciones de su convenio de participación seguirán aplicándose al servicio cubierto, incluido cualquier cuidado médico de seguimiento cubierto por el plan del miembro. El pago que estipula su convenio de participación, junto con todo copago, deducible o coseguro de los que el miembro es responsable conforme al plan, es el pago total del servicio cubierto. Usted no buscará recuperar ni tampoco aceptará, ningún pago de parte del miembro, de nosotros o de cualquier otro pagador o persona que actúe en nombre de estos, en exceso del pago total, independientemente de si este es menor que su cargo facturado o usual.

Para los proveedores fuera de la red que atienden a miembros nuevos: Si el miembro cumple los requisitos, proporcionaremos cobertura en el nivel de beneficios de la red. El pago será coherente con el plan de beneficios del miembro. Si la cobertura en el nivel de beneficios de la red está disponible, usted acepta nuestro pago, junto con todo copago, deducible o coseguro de los que el miembro es responsable conforme al plan, como pago total del servicio cubierto. Usted no buscará recuperar ni tampoco aceptará, ningún pago de parte del miembro, de nosotros o de cualquier otro pagador o persona que actúe en nombre de estos, en exceso del pago total, independientemente de si este es menor que su cargo facturado o usual.

Firma del profesional de cuidado de la salud

Fecha (mm/dd/yyyy)

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: La información en este documento se considera información comercial confidencial o de propiedad de UnitedHealthcare. Consecuentemente, esta información puede ser utilizada solamente por la persona o la entidad a quien está dirigida. Todo receptor será responsable de usar y proteger la información comercial de propiedad de UnitedHealthcare de divulgaciones posteriores o uso indebido, acorde con las obligaciones contractuales del receptor según el convenio de servicios administrativos, contrato de póliza de grupo, convenio de no divulgación correspondiente, u otro contrato o ley correspondiente. La información que ha recibido puede contener información de salud protegida y debe manejarse conforme a las leyes federales y estatales vigentes, que incluyen, entre otras, la ley HIPAA. Las personas que hacen un mal uso de tal información pueden estar sujetas a multas civiles y criminales.

Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial de dicha solicitud o declaración, puede cometer un acto fraudulento en contra del seguro, lo que puede constituir un delito, y dicha persona también podría estar sujeta a una sanción civil por cada acto de violación.

La compañía no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.