

Identificación del documento: AETCSPS-073174	Título: National Clinical Services (NCS) 600: Cobertura de transición de cuidado para planes HMO de California		
Documento principal: Identificación del documento de la política nacional			
Fecha de entrada en vigor: Consulte la página de información del documento.	Fecha de la última revisión: Consulte la sección "Historial de revisiones y modificaciones".	Responsable del proceso comercial (BPO): Gerente sénior, Área de Calidad del Cuidado de Salud, Departamento de Revisión de Calidad y Auditoría de AET	
ANEXO: Anexo 1, Forma de solicitud de cobertura de transición para HMO de California			
Tipo de documento:			

Fecha de entrada en vigor: 27 de junio de 2023

Fecha de la última revisión: 27 de junio de 2023

Fecha de la última modificación: 27 de junio de 2023

OBJETIVO

Esta enmienda se redactó para cumplir con los requisitos normativos y establecidos por ley especificados en las secciones 1373.96 y 1373.95 (a)(1)(2)(3) del Código de Salud y Seguridad de California, sección 1300.67.1.3 y APL 19-013, que afectan a la política y procedimiento de cobertura de transición de cuidado.

ALCANCE

Se aplica al departamento:	■ Administración del Cuidado	■ Precertificación (incluye el programa National Medical Excellence, la Unidad de Precertificaciones para Casos Especiales y la precertificación médica de especialidad)	■ Manejo de Casos del Programa National Medical Excellence
■ Línea de enfermería las 24 horas del día	■ Manejo de Enfermedades	■ Salud Emocional y Psicológica	■ Programa de Salud para la Mujer de Aetna

Producto:	<input checked="" type="checkbox"/> HMO	<input type="checkbox"/> EPO	<input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> MC/POS	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> JV
-----------	---	------------------------------	------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Estos requisitos se aplican cuando California es el estado controlador. Esta política se aplica a todos los productos de HMO comerciales totalmente asegurados.

POLÍTICA

A. Con el objetivo de brindar continuidad de cuidado a los miembros y conforme a la sección 1373.96 del Código de Salud y Seguridad de California, el plan prestará los servicios cubiertos por las enfermedades que se enumeran en la sección B a continuación.

Los servicios cubiertos se prestarán en las siguientes circunstancias:

- Proveedor cuyo contrato ha finalizado: Para las personas inscritas que, en el momento de la finalización del contrato del proveedor, recibían servicios de ese proveedor por una de las enfermedades descritas más abajo. Tenga en cuenta que un proveedor cuyo contrato ha finalizado puede ser un proveedor, como se define anteriormente, que finaliza su contrato con una asociación de práctica independiente o grupo médico que nunca participó en el plan de salud.

Identificación del documento: AETCSPS-073174	Título: National Clinical Services (NCS) 600: Cobertura de transición de cuidado para planes HMO de California
--	---

- **Proveedor no participante:** Para las personas cubiertas inscritas recientemente que, en el momento en que la cobertura entró en vigor, recibían servicios de ese proveedor por una de las enfermedades descritas más abajo.

B. A continuación se enumeran las enfermedades físicas, enfermedades mentales o trastornos por consumo de sustancias por los que el plan ofrecerá terminar de prestar los servicios cubiertos:

1. **Condición grave:** Una afección que implica la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, una lesión u otro problema médico, de salud mental o por consumo de sustancias que requiere atención médica inmediata y que tiene una duración limitada. **Los servicios cubiertos se prestarán mientras dure la condición grave.**
2. **Enfermedad crónica grave:** Una enfermedad causada por una afección, dolencia u otro problema médico, de salud mental o por consumo de sustancias, o trastorno médico. Es grave y persiste sin que se logre una recuperación total, empeora durante un largo período o requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro. Los servicios cubiertos se prestarán durante el período necesario para terminar el tratamiento y organizar un traspaso seguro a otro proveedor, según lo determine el plan de salud, con la aprobación de la persona inscrita y del proveedor cuyo contrato ha finalizado o del proveedor no participante, conforme a las buenas prácticas profesionales. **La prestación de los servicios cubiertos no excederá los 12 meses a partir de la fecha de finalización del contrato del proveedor o los 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de una persona inscrita recientemente.**
3. **Embarazo:** El embarazo incluye los tres (3) trimestres de embarazo y el período de posparto inmediato. **Los servicios cubiertos se prestarán durante el embarazo y el período de posparto inmediato.**

Enfermedad mental maternal es una afección de salud mental que puede afectar a una mujer durante el embarazo, el período alrededor del parto o el posparto, o que se origina en esos momentos y se extiende hasta un año después del nacimiento.

Si una persona brinda documentación del diagnóstico de enfermedad mental maternal emitida por el proveedor del cuidado de la salud tratante, **la prestación de los servicios cubiertos para tal enfermedad no excederá los 12 meses a partir del diagnóstico o del final del embarazo, lo que ocurra más tarde.**

4. **Enfermedad terminal:** Una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte dentro de un (1) año o menos. **Los servicios cubiertos se prestarán mientras dure la enfermedad terminal por enfermedades crónicas graves y agudas en los plazos detallados más arriba.**

Identificación del documento: AETCSPS-073174	Título: National Clinical Services (NCS) 600: Cobertura de transición de cuidado para planes HMO de California
--	---

5. Cuidado de un recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de edad:
La prestación de los servicios cubiertos no excederá los 12 meses a partir de la fecha de finalización del contrato o los 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de una persona inscrita recientemente.
6. Cirugía u otro procedimiento que haya sido autorizado por el plan como parte de un tratamiento documentado: Para que tenga cobertura, la cirugía u otro procedimiento debe llevarse a cabo **dentro de los 180 días posteriores a la fecha de finalización del contrato o dentro de los 180 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de la cobertura de una persona inscrita recientemente.**

C. Consideraciones contractuales

1. A menos que se acuerde lo contrario entre el proveedor cuyo contrato ha finalizado o el proveedor no participante y el plan, o entre el proveedor individual y el grupo de proveedores, los servicios prestados se pagarán con tarifas y métodos de pago similares a los que utiliza el plan o el grupo de proveedores para los proveedores contratados actualmente que prestan servicios similares, a quienes no se les paga con honorarios fijos por paciente y que se desempeñan en la misma área geográfica, o una similar, a la del proveedor cuyo contrato ha finalizado o a la del proveedor no participante.
2. El monto que pague la persona inscrita por los copagos, los deducibles u otros componentes de costo compartido, así como los requisitos de pago de estos, durante la prestación de los servicios cubiertos con un proveedor cuyo contrato ha finalizado o con un proveedor no participante serán los mismos copagos, deducibles y componentes de costo compartido que la persona inscrita pagaría si recibiera cuidado de un proveedor contratado actualmente por el plan.
3. El plan puede exigir que el proveedor no participante que continúa prestando servicios a una persona cubierta inscrita recientemente acepte por escrito cumplir con los mismos términos y las mismas condiciones contractuales que se les exigen a los proveedores contratados actualmente que prestan servicios similares, a quienes no se les paga con honorarios fijos por paciente y que se desempeñan en la misma área geográfica, o una similar, a la del proveedor no participante. Esto incluye los requisitos de acreditación, privilegios en hospitales, revisión de utilización, revisión por pares y garantía de calidad. Ni el plan ni el grupo de proveedores están obligados a continuar brindando los servicios del proveedor si el proveedor no participante no acepta cumplir con los términos y las condiciones contractuales o no cumple con ellos.

4. El plan puede exigir que los proveedores cuyo contrato ha finalizado pero que continúan prestando servicios después de la fecha de finalización del contrato conforme a esta sección acepten por escrito cumplir con los mismos términos y las mismas condiciones contractuales que se les exigían antes de la finalización del contrato, como los requisitos de acreditación, privilegios en hospitales, revisión de utilización, revisión por pares y garantía de calidad, entre otros. Si el proveedor cuyo contrato ha finalizado no acepta cumplir con estos términos y estas condiciones contractuales, o no cumple con ellos, el plan de salud o la compañía de seguros no están obligados a continuar brindando los servicios del proveedor después de la fecha de finalización del contrato.

D. El plan no está obligado a ofrecer terminar de prestar los servicios cubiertos en las siguientes circunstancias:

1. En el caso de un proveedor cuyo contrato con el plan o con el grupo de proveedores haya finalizado o no haya sido renovado por razones relacionadas con una causa o razón disciplinaria médica, según se define en el párrafo (6) de la subdivisión (a) de la sección 805 del Código de Negocios y Profesiones, con un fraude o con otra actividad delictiva.
2. En el caso de servicios o beneficios que no estén cubiertos de otro modo por los términos y las condiciones del contrato del plan.
3. Si el proveedor cuyo contrato ha finalizado no acepta cumplir con estos términos y estas condiciones contractuales, o no cumple con ellos, el plan no está obligado a mantener los servicios del proveedor después de la fecha de finalización del contrato.
4. Ni el plan ni el grupo de proveedores están obligados a continuar prestando los servicios de un proveedor cuyo contrato ha finalizado si este no acepta las tarifas de pago estipuladas en este párrafo.

E. Requisitos y consideraciones adicionales

1. Las provisiones de esta política son adicionales a otras disposiciones que obliguen al plan a brindar continuidad del cuidado. Ninguna parte de esta política evitará que el plan brinde continuidad del cuidado más allá de los requisitos de esta sección.
2. Las decisiones con respecto a las solicitudes de cobertura de transición se toman dentro de los dos (2) días hábiles después de obtener toda la información necesaria. Esta incluye una forma de transición del cuidado y la información que se requiere según dicha forma. Los miembros que tengan solicitudes urgentes o de emergencia relacionadas con condiciones graves pueden comunicarse con Servicios al Cliente, pedir la forma de solicitud de cobertura de transición y enviarla por fax al Área de Manejo de Pacientes al número que figura en la forma. Las decisiones con respecto a solicitudes urgentes o de emergencia se toman el mismo día hábil en el que se reciben.

Se tendrá en cuenta, dentro de lo razonable, el efecto clínico que un cambio de proveedor puede causar en el tratamiento de la persona inscrita. Se notifica al proveedor por teléfono, dentro de las veinticuatro (24) horas de la decisión. La persona inscrita y el proveedor no participante o cuyo contrato ha finalizado serán notificados de la decisión por escrito dentro de los dos (2) días hábiles. Si se obtienen servicios antes de la aprobación de la transición de beneficios, estos deben ser aprobados por el director médico para que la cobertura se extienda al nuevo nivel del plan. En caso de que haya habido demoras de parte del plan y que estas hayan afectado la recepción de servicios de parte de la persona inscrita antes de que se apruebe la cobertura de transición, el director médico las tendrá en cuenta en el momento de decidir sobre la aprobación.

3. Como se comunica antes de la inscripción en el *Aviso de divulgación* y la *Evidencia de cobertura*, el plan informa a todas las personas inscritas recientemente sobre esta política y sobre cómo solicitar una revisión de transición de cuidado. Para pedir una forma de solicitud de cobertura de transición, la persona inscrita debe llamar a Servicios al Cliente al número que aparece en la tarjeta de identificación. La persona inscrita debe enviar la forma dentro de los 90 días después del período de inscripción o reinscripción, o dentro de los 90 días desde la fecha en que finalizó el contrato del proveedor y antes de recibir servicios (excepto en una emergencia) de un proveedor no participante. El empleador de la persona inscrita también puede brindar las formas de solicitud. El plan puede hacer una excepción al plazo de 90 días si se presenta una circunstancia atenuante, por ejemplo, que el miembro se vea afectado por un desastre natural, que tenga una internación extendida, etc. El plan requerirá que el miembro describa la circunstancia atenuante.
4. El plan brindará una copia impresa de esta política a las personas inscritas que la soliciten. Para solicitar una copia de la política de cobertura de transición de cuidado, los miembros pueden llamar al número de Servicios al Cliente que aparece en la tarjeta de identificación.
5. El plan no delega la responsabilidad de cumplir con estos requisitos a un grupo de proveedores ni sus entidades contratadas.
6. El plan no está obligado a cubrir servicios o brindar beneficios que no están cubiertos de otro modo conforme a los términos y las condiciones del contrato del plan.
7. Cuando un grupo de proveedores u hospital finalizan su contrato, el plan hace lo siguiente para traspasar a las personas inscritas a otro grupo de proveedores u hospital participantes:
 - En el caso de los traspasos en bloque, el plan envía un aviso escrito al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California 75 días antes de la fecha de finalización. El aviso incluye la forma A (finalización del contrato de grupo de proveedores) o la forma B (finalización del contrato de hospital) del departamento, según corresponda.

Identificación del documento: AETCSPS-073174	Título: National Clinical Services (NCS) 600: Cobertura de transición de cuidado para planes HMO de California
--	---

- En el caso de la finalización de contratos de un grupo de proveedores, el Área de Servicios de Información sobre Proveedores crea un informe de reasignación de personas inscritas. Para ello, se tiene en cuenta su cercanía a otros médicos de cuidado primario (PCP) participantes con capacidad para aceptar nuevos miembros. La cercanía se determina de acuerdo con las normas de acceso geográfico del DMHC. Una vez que se verifica que el grupo médico participante (PMG) o la Asociación de Médicos Independientes (IPA) del PCP tiene la capacidad administrativa y financiera para manejar traspasos en bloque, el personal del Área de Gestión de Redes acuerda con el PMG o la IPA la aceptación de esta asignación de personas inscritas. En el Área de Servicios de Información sobre Proveedores, se generan cartas de aviso para las personas inscritas que informan la finalización del contrato y la reasignación de las personas inscritas a otros PMG u otras IPA participantes. Las cartas de notificación se envían por correo a las personas inscritas 60 días antes de la fecha de finalización. Los enfermeros de la Delegación de Manejo de Pacientes de Servicios Clínicos revisan las finalizaciones de contratos de grupos de proveedores para la transición de cuidado y obtienen una lista de las personas inscritas que han sido autorizadas a recibir servicios por el PMG o la IPA que finaliza el contrato.
- En el caso de la finalización del contrato de un hospital, en el Área de Gestión de Redes se genera un informe para identificar a los proveedores que tienen privilegios de admisión en ese hospital. Se indica a estos proveedores que deben notificar por escrito al plan, a través de la forma de cobertura de transición de cuidado, de cualquier persona inscrita que necesite continuidad del cuidado. El Área de Gestión de Redes se asegura de que los hospitales alternativos respeten las pautas geográficas del DMHC y tengan la misma variedad de servicios que el hospital cuyo contrato finalizó. El Área de Servicios de Información sobre Proveedores se encarga de enviar cartas de aviso para personas inscritas a todos los miembros que residen a no más de 15 millas del hospital cuyo contrato finalizó. Estos avisos se envían por correo a las personas inscritas 60 días antes de la fecha de finalización.
- En el caso de la finalización del contrato de un proveedor individual que tiene un acuerdo con un grupo de proveedores, el grupo de proveedores notifica la finalización del contrato al Área de Gestión de Redes. El grupo de proveedores también designa al nuevo proveedor individual a quien se asignarán los miembros, y el Área de Gestión de Redes lleva a cabo esas asignaciones. El Área de Servicios de Información sobre Proveedores luego envía los avisos a los miembros, 60 días antes de la fecha de finalización del contrato.
- En el caso de la finalización del contrato de proveedores individuales que tienen un acuerdo directamente con el plan, el Área de Gestión de Redes recibe y procesa el aviso de la finalización. Luego, esta área se comunica con uno o más proveedores individuales para verificar que puedan asumir la responsabilidad de los miembros asignados al proveedor cuyo contrato ha finalizado.

Identificación del documento: AETCSPS-073174	Título: National Clinical Services (NCS) 600: Cobertura de transición de cuidado para planes HMO de California
--	---

Una vez realizada esta verificación, el Área de Gestión de Redes reasigna a los miembros, y el Área de Servicios de Información sobre Proveedores envía los avisos 30 días antes de la fecha de finalización del contrato.

- Cuando no se producen las finalizaciones de contratos previstas, el Área de Gestión de Redes informa al Área de Servicios de Información sobre Proveedores, y esta informa a las personas inscritas en cuestión dentro de los 20 días hábiles sobre su opción de volver a su proveedor original.
 - Si el plan no puede notificar al DMHC o a las personas inscritas dentro de los plazos exigidos debido a circunstancias urgentes, solicitará una medida de exención al DMHC.
8. El plan envía a las personas inscritas avisos que describen la política de cobertura de transición de cuidado y les informa sobre su derecho a recibir los servicios cubiertos cuando finalizan los contratos de los grupos de proveedores y de los hospitales. Estos avisos se envían a las personas inscritas 60 días antes de la fecha de finalización. **Consulte el enlace** <https://www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources/rights/state-specific-information.html> para encontrar plantillas de estos avisos a personas inscritas que han sido aprobadas por el DMHC de California. Si el contrato de un proveedor o de un grupo de proveedores no finaliza, el plan envía un aviso a las personas inscritas dentro de los 20 días hábiles. Así, los miembros tienen la opción de regresar al proveedor o al grupo de proveedores que ya tenían.
9. Los cambios importantes que se hagan a esta política se registrarán en el Departamento de Atención Médica Administrada de California.

Identificación del documento: AETCSPS-073174	Título: National Clinical Services (NCS) 600: Cobertura de transición de cuidado para planes HMO de California
--	---

DEFINICIONES SEGÚN EL ESTADO

- Un “proveedor individual” es una persona con licencia, según se la define en la sección 805 del Código de Negocios y Profesiones, o una persona que ha recibido una licencia de acuerdo con lo establecido en el capítulo 2 (a partir de la sección 1000) de la división 2 de dicho código. Sección 1373.96(n)(1) del Código de Salud y Seguridad de California (HMO).
- Un “proveedor no participante” es un proveedor que no tiene contrato con un plan de servicios de cuidado de salud. Sección 1373.96(n)(3) del Código de Salud y Seguridad de California (HMO).
- Un “proveedor de salud mental no participante” es un psiquiatra, psicólogo, terapeuta familiar o de pareja, consejero clínico profesional o trabajador social con licencia que no tiene contrato con el plan de servicios de cuidado de salud especializado que ofrece servicios profesionales de salud mental de grupo patrocinados por el empleador. Sección 1373.95(e)(2) del Código de Salud y Seguridad de California (HMO).
- Un “grupo de proveedores” es un grupo médico, una asociación de práctica independiente o cualquier otra organización similar. Sección 1373.96(n)(5) del Código de Salud y Seguridad de California (HMO).
- Un “proveedor” es cualquier persona, organización o centro de salud profesionales, u otra persona o institución habilitadas por el estado para prestar servicios de cuidado de salud. Sección 1373.96(n)(4) del Código de Salud y Seguridad de California (HMO).
- Un “hospital” es un hospital de cuidado general de agudos. A los fines de esta política, un hospital es también un “proveedor”. Sección 1373.95(e)(1) del Código de Salud y Seguridad de California (HMO).
- Los “productos farmacéuticos” son medicamentos que se usan para diagnosticar, curar, tratar o prevenir una enfermedad (definición del plan).

Identificación del documento: AETCSPS-073174	Título: National Clinical Services (NCS) 600: Cobertura de transición de cuidado para planes HMO de California
--	---

ANEXO: Anexo 1, Forma de solicitud de cobertura de transición para HMO de California



Solicitud de cobertura de transición *Personal y confidencial*

ECHS Category - TCRF

Esta forma es para los miembros completamente asegurados de planes HMO comerciales de California.

Esta es la forma de cobertura de transición de cuidado que solicitó al plan de salud. Si aprobamos su solicitud, el plan de salud cubrirá el cuidado que recibe actualmente de parte de alguno de los siguientes profesionales, en el nivel de beneficios más alto:

- un médico fuera de la red;
- un médico cuya designación en la red haya cambiado;
- otros proveedores del cuidado de la salud que lo hayan tratado.

Una vez que hayamos revisado la forma completa, le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión.

Aspectos que debe conocer sobre la cobertura de transición de cuidado

En el reverso, encontrará respuestas a las preguntas frecuentes sobre la cobertura de transición de cuidado.

Debe leerlas antes de completar esta forma.

No corresponde solicitar cobertura de transición de cuidado si su proveedor forma parte de la red del plan (es proveedor participante). El directorio de búsqueda de proveedores en línea está disponible en el sitio web del plan de salud. Allí podrá averiguar si su médico pertenece a la red y obtener ayuda para encontrar un proveedor participante en su plan de salud. También puede comunicarse con nosotros al número que figura en su tarjeta de identificación.

Cómo completar la forma y enviárnosla

Paso 1: Complete las siguientes secciones:

1. Sección 1: Información del miembro, del grupo o del empleador.
2. Sección 2: Información del paciente y del suscriptor. La información sobre el plan figura en el frente de su tarjeta de identificación.
3. Sección 3: Autorización. Lea la autorización, firme la forma y póngale la fecha.

Paso 2: Entregue la forma al médico o al proveedor del cuidado de la salud para que complete la sección 4 de las páginas 4 y 5.

Paso 3: Envíenos la forma completa por **fax** o por correo electrónico para que la revisemos. Debe completar una forma para cada proveedor del cuidado de la salud.

Envíe las solicitudes de tratamiento médico por fax al [1-859-455-8650](tel:1-859-455-8650).

O por correo electrónico a VFAXPrecert@aetna.com.

Envíe las solicitudes de tratamiento de salud mental o por abuso de sustancias por fax al [1-888-463-1309](tel:1-888-463-1309).

Asegúrese de completar todos los campos de la página 5 antes de enviar la forma de solicitud para obtener una respuesta más rápida.

Preguntas y respuestas sobre la cobertura de transición de cuidado

Productos completamente asegurados de los planes HMO comerciales de California

P. ¿Qué es la cobertura de transición de cuidado?

R. Para nuevos miembros:

La cobertura de transición de cuidado (TOC) es temporal. Puede obtenerla cuando se inscribe en un plan de beneficios médicos o cuando cambia de plan y el médico que le brinda tratamiento por una enfermedad física, enfermedad mental o trastorno por consumo de sustancias presenta alguna de estas características:

- no está en la red del plan;
- no forma parte de ninguna red limitada ni de redes específicas del patrocinador del plan, y los beneficios que usted obtiene cambian para incluir alguna de dichas redes.

La cobertura de TOC también puede solicitarse cuando su médico abandona la red del plan o su designación cambia. La cobertura de TOC aprobada le permite a un miembro que está recibiendo tratamiento continuar con este **por un período limitado** al nivel de beneficios más alto del plan.

La cobertura de TOC es para los siguientes tipos de proveedores: profesionales médicos individuales, grupos médicos, asociaciones de práctica independiente, hospitales de cuidado agudo o instituciones habilitadas de California que prestan servicios de cuidado de salud. Entre los ejemplos de profesionales médicos individuales se incluyen los médicos, psiquiatras, terapeutas habilitados y profesionales, paraprofesionales y proveedores calificados de servicios relacionados con el autismo.

Si prefiere obtener equipo médico duradero o productos farmacéuticos de algún proveedor específico que no forme parte de la red del plan, no hace falta una forma de transición de cuidado. Llame a Servicios al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación. También tiene la opción de que su proveedor se comunique con nuestro Departamento de Precertificación. Visite [Aetna.com/ProviderPrecertificationList](https://www.aetna.com/ProviderPrecertificationList) para obtener más información. Procesaremos las solicitudes de proveedores no participantes de equipo médico duradero y de farmacia conforme a los documentos de su plan.

Para miembros actuales:

La cobertura de TOC también puede solicitarse cuando su médico o centro abandona la red del plan o su designación cambia. La cobertura de TOC aprobada le permite a un miembro que está recibiendo tratamiento continuar con este **por un período limitado** al nivel de beneficios más alto del plan.

La cobertura de TOC es para los siguientes tipos de proveedores: profesionales médicos individuales, grupos médicos, asociaciones de práctica independiente, hospitales de cuidado agudo o instituciones habilitadas de California que prestan servicios de cuidado de salud. Entre los ejemplos de profesionales médicos individuales se incluyen los médicos, psiquiatras, terapeutas habilitados y profesionales, paraprofesionales y proveedores calificados de servicios relacionados con el autismo.

Si prefiere obtener equipo médico duradero o productos farmacéuticos de algún proveedor específico que no forme parte de la red del plan, no hace falta una forma de transición de cuidado. Llame a Servicios al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación. También tiene la opción de que su proveedor se comunique con nuestro Departamento de Precertificación. Visite [Aetna.com/ProviderPrecertificationList](https://www.aetna.com/ProviderPrecertificationList) para obtener más información. Procesaremos las solicitudes de proveedores no participantes de equipo médico duradero y de farmacia conforme a los documentos de su plan.

P. ¿Qué es un tratamiento activo?

R. Un tratamiento activo se refiere a los servicios que usted ha recibido de su médico para corregir o tratar una enfermedad diagnosticada. La fecha de inicio es el día en que comenzó a recibir el servicio o el tratamiento. El tratamiento activo cubre una cierta cantidad de servicios o un cierto período de tratamiento en situaciones especiales. Algunos ejemplos de tratamiento activo pueden incluir, entre otros, a los miembros que cumplan las siguientes condiciones:

- Estén embarazadas y hayan iniciado un tratamiento (incluido el cuidado prenatal) para el embarazo con un proveedor o en un centro. Embarazo se refiere a los tres trimestres de embarazo y el período de posparto inmediato.
 - Enfermedad mental maternal es una afección de salud mental que puede afectar a una mujer durante el embarazo, el período alrededor del parto o el posparto, o que se origina en esos momentos y se extiende hasta un año después del nacimiento.
 - Una persona que brinda documentación del diagnóstico de enfermedad mental maternal emitida por su proveedor del cuidado de la salud tratante. **La prestación de los servicios cubiertos para la enfermedad mental maternal no excederá los 12 meses a partir del diagnóstico o del final del embarazo, lo que ocurra más tarde.**
- Tengan una condición grave que implica la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión, afección mental grave aguda u otro problema médico que requiere cuidado médico inmediato y que tiene una duración limitada. Los servicios cubiertos se prestarán mientras dure la condición grave.
- Tengan autorizada una cirugía o un procedimiento con determinado proveedor, incluido el cuidado posoperatorio brindado por el proveedor o centro a causa de dicha intervención. En la documentación, se debe indicar que el proveedor recomienda que el tratamiento ocurra dentro de los 180 días de la terminación del contrato del proveedor o dentro de los 180 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de la cobertura de una persona inscrita recientemente.

Continúa en la página siguiente.

- Tengan una enfermedad terminal, que es una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte dentro de un año o menos. Los servicios cubiertos se prestarán mientras dure la enfermedad terminal.
- Tengan una enfermedad existente o que causa discapacidad, o enfermedad mental grave o crónica causada por una afección, dolencia u otro problema o trastorno médico grave, que persiste sin que se logre una recuperación total, que empeora durante un largo período o que requiere un tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro. Los servicios cubiertos se prestarán durante el período necesario para terminar el tratamiento y organizar un traspaso seguro a otro proveedor, según lo determine el plan de salud, con la aprobación del miembro y del proveedor no participante o cuyo contrato ha finalizado, conforme a las buenas prácticas profesionales. La cobertura no excederá los 12 meses a partir de la fecha de finalización del contrato o los 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de una persona inscrita recientemente.
- Estén recibiendo tratamiento (por ejemplo, quimioterapia o radioterapia) de un proveedor o centro por una enfermedad aguda o una enfermedad crónica grave.
- Estén recibiendo cualquier servicio relacionado con el cuidado de niños de 0 a 36 meses de edad por hasta 12 meses a partir de la fecha de finalización del contrato del proveedor o 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de una persona inscrita recientemente.
- Podrían necesitar un trasplante de órganos o de médula ósea, o se les haya realizado uno de ellos.

P. ¿Es necesario que complete una forma para cada proveedor por el cual estoy solicitando transición de cuidado?

R. Sí, se debe completar una forma por separado para cada proveedor.

P. ¿Qué otros tipos de proveedores, además de los médicos, podrían considerarse para la cobertura de TOC?

R. La cobertura de TOC también puede incluir a fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla y agencias que prestan servicios de cuidado domiciliario especializado, como visitas de enfermeros. Se tiene en cuenta la TOC para hospitales participantes cuando el centro no está designado para el nivel de beneficios más alto en los planes que incluyan redes con niveles o cuando un centro participante abandone la red. Los proveedores que se tienen en cuenta para la cobertura de TOC pueden variar según la afección, como se describió anteriormente, de acuerdo con la ley de California.

P. Si un médico me trata actualmente, ¿por qué podría no aprobarse mi solicitud de cobertura de TOC de California?

R. Para que se apruebe la cobertura de TOC, el procedimiento o servicio debe ser un beneficio cubierto conforme a los términos de su plan. **Para los proveedores que abandonan la red**, su médico debe aceptar los términos que se explican en la presente forma de solicitud de TOC.

P. Mi médico de cuidado primario (PCP) ya no es proveedor participante. Si mi plan requiere que elija un PCP, ¿podré continuar viendo a mi médico?

R. Si está recibiendo tratamiento actualmente (como se describe más arriba) de su PCP, usted podría continuar visitándolo, incluso si este dejara de pertenecer a la red. De no ser así, es posible que sea necesario que seleccione un nuevo PCP de la red del plan de salud. Hable con su PCP para que lo ayude con las necesidades de cuidado de salud que surjan en el futuro.

P. ¿Cómo me inscribo para recibir cobertura de TOC?

R. Comuníquese con Servicios al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Debe enviar una forma de solicitud de TOC al plan de salud en el plazo que corresponda:

- dentro de los 90 días posteriores a su inscripción o reinscripción;
- dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que el proveedor del cuidado de la salud deja de pertenecer a la red del plan o dentro de los 90 días a partir de la fecha en la carta de notificación del cambio;
- dentro de los 90 días posteriores al cambio de designación en la red de un médico.

Tanto usted como su médico pueden enviar la forma de solicitud.

P. ¿Qué sucede si tengo una red limitada o una red específica del patrocinador del plan?

R. Si aprobamos la cobertura de TOC, usted puede continuar recibiendo cuidado al nivel de beneficios más alto durante un período determinado. Si continúa el tratamiento con ese médico después del período aprobado, su cobertura se limitará a lo que se permita según el plan. Esto significa que la cobertura de sus beneficios podría reducirse o interrumpirse.

P. ¿Qué debo hacer si tengo más preguntas sobre la cobertura de TOC?

R. Comuníquese con Servicios al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación. Si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental de la TOC, puede llamar al número de Servicios al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación o, si está impreso, al número de servicios de salud mental.

P. ¿Cómo sabré si se aprueba mi solicitud de cobertura de TOC?

R. Recibirá una carta por el correo de los Estados Unidos. Allí podrá ver si su solicitud ha sido aprobada o no.



Solicitud de cobertura de transición Personal y confidencial

ECHS Category - TCRF

Esta forma es para los miembros completamente asegurados de planes HMO comerciales de California.

Tratamiento médico De salud mental o por abuso de sustancias

Indique arriba si esta solicitud es por un tratamiento médico o por un tratamiento de salud mental o por abuso de sustancias.

Por favor, complete esta forma lo mejor que pueda. No se rechazará su solicitud de continuación de la cobertura si deja secciones en blanco o si su proveedor tratante no completa la forma.

1. Información del grupo o del empleador (Importante: Complete una forma por separado para cada miembro o proveedor).

Nombre del plan, del grupo o del empleador (en letra de imprenta)	N.º de control del plan	Fecha de entrada en vigor del plan (dato obligatorio)
---	-------------------------	---

2. Información del paciente y del suscriptor

Nombre del suscriptor (en letra de imprenta)	N.º de identificación del suscriptor	
Dirección del suscriptor (en letra de imprenta)		
Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Número de teléfono
Dirección del paciente (en letra de imprenta)	Producto o tipo de plan	
Número de teléfono del paciente o suscriptor que presenta la solicitud (para recibir llamadas de 9 a. m. a 5 p. m.)		
Se solicita la transición del cuidado por este motivo: Nuevo miembro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Finalización del contrato del proveedor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si se rescindió el contrato del proveedor, proporcione la fecha de la carta en la que le notificaron que el proveedor deja de participar de la red y envíe una copia de dicha carta junto con la forma completa. (DD/MM/AAAA)		

3. Autorización

Solicito que se apruebe la cobertura del tratamiento actual que recibo del proveedor del cuidado de la salud que figura más abajo y que comenzó antes de la fecha de entrada en vigor de mi plan de salud, antes de que finalizara el contrato del proveedor con la red del plan de salud o antes de que cambiara la designación del proveedor en la red. Si se aprueba, comprendo que la autorización de cobertura de los servicios que se indican a continuación tendrá validez por un período limitado. Autorizo al proveedor del cuidado de la salud a enviar toda la información o los registros médicos necesarios al plan de salud para que pueda tomarse una decisión.	
Firma del paciente (obligatoria si el paciente tiene 17 años de edad o más)	Fecha (DD/MM/AAAA)
Firma del padre o de la madre (obligatoria si el paciente tiene 16 años de edad o menos)	Fecha (DD/MM/AAAA)

4. Información de los proveedores

Nombre del médico tratante u otro proveedor del cuidado de la salud (en letra de imprenta)	Número de teléfono
Nombre de la persona de contacto del consultorio para hacerle preguntas	
Dirección del médico tratante u otro proveedor del cuidado de la salud (en letra de imprenta)	Número de identificación fiscal
Firma del médico tratante u otro proveedor del cuidado de la salud	Fecha (DD/MM/AAAA)

El paciente antes mencionado es miembro a partir de la fecha de entrada en vigor que se indicó más arriba. Entendemos que usted no es proveedor participante de la red del plan de salud o que pronto dejará de serlo. El paciente solicitó la cobertura de su cuidado durante un período específico. Esto se debe a una enfermedad, o un embarazo, que se considera un tratamiento activo. El tratamiento activo se define como "un programa de servicios planificados que comienza en la fecha en que el proveedor presta el primer servicio para corregir o tratar la enfermedad diagnosticada, cubre una cantidad de servicios o un período de tratamiento definidos, e implica una situación condicionante". Incluya una breve descripción de cuál es la enfermedad actual y el plan de tratamiento del paciente. En el caso de un embarazo, indique la fecha estimada de parto. Si aprobamos esta solicitud, usted acepta lo siguiente:

- Brindar tratamiento al paciente y realizar el seguimiento.
- No solicitar a este paciente el pago de ningún monto que no sea responsabilidad del paciente conforme a su plan de beneficios (por ejemplo, copagos, deducibles u otros costos de desembolso del paciente).
- Compartir información con nosotros acerca del tratamiento del paciente.

También acepta utilizar la red del plan de salud para cualquier remisión, estudio de laboratorio u hospitalizaciones por servicios que no son parte del tratamiento solicitado.

Declaraciones falsas: Aviso para residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que se informe lo siguiente en esta forma: Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para recibir pago por pérdida comete un delito y podría estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Aetna y sus filiales cumplen con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discriminan, excluyen ni tratan a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, sexo o discapacidad.

Además, brindan asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducciones u otros servicios, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos suministrado estos servicios o que lo hemos discriminado por los motivos que se mencionaron, puede presentarle una queja formal al coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO en California: PO Box 24030 Fresno, CA 93779), [1-800-648-7817 \(TTY: 711\)](tel:1-800-648-7817), fax: [859-425-3379](tel:859-425-3379) (para clientes de HMO en California: [860-262-7705](tel:860-262-7705)), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019) u [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD).

“Aetna” es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios brindados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, Aetna Health of California Inc. y sus filiales (denominadas “Aetna”). La cobertura es brindada por Aetna Health of California Inc.

Aviso escrito del Departamento de Atención Médica Administrada sobre la disponibilidad de asistencia lingüística

HMO and DMO-based plans - IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call right away at [1-877-287-0117](tel:1-877-287-0117).

Planes basados en DMO y HMO - IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? En caso de no poder leerla, le brindamos nuestra ayuda. También puede obtener esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, por favor llame de inmediato al [1-877-287-0117](tel:1-877-287-0117).

TTY: 711

English	To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
Spanish	Para acceder a los servicios lingüísticos sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
Vietnamese	Để sử dụng các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị.
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang walang bayad, tawagan ang numero sa iyong ID card.
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Armenian	Ձեր նախընտրած լեզվով ավստրալ խոսքի օգնություն ստանալու համար զանգահարեք ձեր բժշկական ապահովագրության քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Russian	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
Punjabi	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਪੰਜਾਬੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Hmong	Yuav kom tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu tus naj npawb ntawm koj daim npav ID.
Hindi	बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नंबर पर कॉल करें।
Thai	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทรหมายเลขที่แสดงอยู่บนบัตรประจำตัวของท่าน