

En el momento de la inscripción, DHMP determinará si los beneficios de transición de atención están disponibles para usted o sus dependientes. Los beneficios de transición de atención tienen la intención de permitir que los miembros continúen recibiendo servicios para afecciones médicas y conductuales específicas durante un período de tiempo definido con médicos que no participan en la red de DHMP. Esto permitirá una atención continua e ininterrumpida hasta que se pueda organizar la transferencia segura de la atención a un médico o centro participante.

Los beneficios de transición de atención deben solicitarse en el momento de la inscripción.

- » Debe solicitar la transición de atención en el momento de la inscripción en DHMP, pero a más tardar 30 días después de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura para que se le considere para los beneficios de transición de atención.
- » Su proveedor ya debe estar tratándolo por la afección identificada en el formulario de solicitud de transición de atención.
- » Si los beneficios de transición de atención se aprueban para afecciones médicas o conductuales, usted recibirá los beneficios al nivel de la red para el tratamiento de la afección específica por parte del proveedor durante un plazo definido, según lo determine DHMP.
- » Si se aprueban, los beneficios de transición de atención se aplican solo al tratamiento de la afección médica o conductual especificada, y al proveedor identificado en el formulario de solicitud de transición de atención.
- » La disponibilidad de la cobertura de transición de atención/continuidad de atención no garantiza que un tratamiento sea médicamente necesario o esté cubierto por los beneficios de su plan. Dependiendo de la solicitud real, es posible que se requiera una determinación de necesidad médica y una autorización previa formal para que se cubra un servicio.
- » Todos los beneficios están sujetos a las disposiciones del plan.

Los ejemplos de afecciones médicas agudas que pueden reunir los requisitos para los beneficios de transición de atención incluyen, entre otros:

- » Embarazo en el segundo o tercer trimestre en el momento de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
- » Cáncer recién diagnosticado o recurrente en medio de quimioterapia, radioterapia o reconstrucción.
- » Traumatismo.
- » Candidatos para trasplante, receptores inestables o receptores que necesitan atención permanente debido a complicaciones asociadas con un trasplante.
- » Cirugías mayores recientes aún en el período de seguimiento global (generalmente de seis a ocho semanas).
- » Afecciones agudas en tratamiento activo como ataques cardíacos, derrames cerebrales o afecciones crónicas inestables, etc. A los efectos de esta política, "tratamiento activo" se define como una visita a un

proveedor u hospitalización con cambios documentados en el régimen terapéutico dentro de los 21 días anteriores a la elegibilidad.

- » Afecciones de salud conductual durante el tratamiento activo.

Los ejemplos de afecciones que no reúnen los requisitos para los beneficios de transición de atención incluyen, entre otros:

- » exámenes de rutina, vacunas y evaluaciones de salud;
- » afecciones crónicas estables como diabetes, artritis, alergias, asma, hipertensión y glaucoma;
- » enfermedades menores agudas como resfriados, dolor de garganta e infecciones de oído;
- » cirugías programadas electivas como la extirpación de lesiones, la bunionectomía, la reparación de hernia y la histerectomía.

¿Qué plazo se permite para la transición a un nuevo proveedor participante?

Si DHMP determina que la transición a un proveedor participante no es recomendable o segura para las afecciones que reúnen los requisitos, los servicios del proveedor no participante aprobado serán autorizados por un período específico de tiempo (por lo general 90 días) o hasta que se haya completado la atención o se haya realizado la transición a un proveedor participante, lo que ocurra primero.

Si me aprueban los beneficios de transición de atención para una enfermedad, ¿puedo recibir pagos de beneficios dentro de la red por una afección no relacionada?

Los niveles de beneficios dentro de la red proporcionados como parte de la transición de atención son solo para la enfermedad/afección específica y no pueden aplicarse a otra enfermedad/afección. Deberá completarse una solicitud de transición de atención para cada enfermedad/afección no relacionada a más tardar 30 días después de que la cobertura entre en vigencia.

¿Puedo solicitar beneficios de transición de atención si actualmente no estoy en tratamiento o consultando a un médico?

Las personas ya deben estar en tratamiento para la afección que se indica en el formulario de solicitud de transición de atención.

¿Cómo solicito la transición de atención?

Las solicitudes de transición de atención deben presentarse por escrito, utilizando el formulario de solicitud de transición de atención, en el momento de la inscripción en DHMP, pero a más tardar 30 días después de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. Al recibir el formulario, DHMP revisará y evaluará la información proporcionada, y le enviará una carta informándole la aprobación o negación de su solicitud. Una negación incluirá información sobre las apelaciones.

TRANSICIÓN DE ATENCIÓN DE DHMP FORMULARIO DE SOLICITUD



*** ATENCIÓN: es posible que no necesite completar este formulario. ***

Complete este formulario solo si está usando un proveedor que no participa en su red de proveedores de DHMP y: (a) se está sometiendo a un curso de tratamiento para una afección aguda u otra afección según se describe en los materiales de su plan, o es requerido por la ley estatal, o (b) está embarazada y en el segundo o tercer trimestre del embarazo.

- » Consulte la página siguiente para obtener instrucciones sobre cómo completar este formulario. Para el tratamiento de salud mental, revise la información en el reverso de la página.
- » Use un formulario por separado para cada afección. Se aceptan fotocopias. Adjunte información adicional si es necesario.

Empleador		N.º de póliza	Fecha de inscripción del empleado en el plan de beneficios de DHMP (mm/dd/aaaa)	
Nombre del empleado		N.º de Seguro Social del empleado o id. de miembro alternativa		Teléfono laboral
Domicilio particular	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
				Teléfono particular
Nombre del paciente		Número de Seguro Social del paciente o id. de miembro alternativa	Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)	Relación con el empleado: [] Cónyuge [] Dependiente [] Misma persona

1. ¿Está embarazada la paciente y en el segundo o tercer trimestre de embarazo? [] Sí [] No
2. En caso afirmativo, ¿cuándo es la fecha de nacimiento? _____ (mm/dd/aaaa)
3. ¿Recibe actualmente el paciente tratamiento por una afección o traumatismo agudo? [] Sí [] No
4. ¿El paciente tiene programada una cirugía u hospitalización después de la fecha de entrada en vigencia con DHMP? [] Sí [] No
5. ¿Está el paciente en un tratamiento de quimioterapia, radioterapia, terapia oncológica o terapia terminal, o es un candidato para un trasplante de órgano? [] Sí [] No
6. ¿Está el paciente recibiendo tratamiento como resultado de una cirugía mayor reciente? [] Sí [] No
7. ¿Está el paciente recibiendo tratamiento de salud mental/abuso de sustancias? [] Sí [] No
8. Si no respondió "Sí" a ninguna de las preguntas anteriores, describa la afección para la cual el paciente solicita la transición de atención. _____
9. Complete la información del proveedor a continuación.

Nombre del consultorio grupal	
Nombre del proveedor	N.º de teléfono del proveedor
Especialidad del proveedor	
Domicilio del proveedor	
Hospital donde ejerce el proveedor del paciente	N.º de teléfono del hospital
Domicilio del hospital	
Motivo/Diagnóstico	
Fecha(s) de internación (mm/dd/aaaa)	Fecha de la cirugía (mm/dd/aaaa)
Tipo de cirugía	
Tratamiento que se recibe y duración prevista	

10. ¿Se espera que este paciente esté en el hospital cuando comience la cobertura con DHMP o durante los próximos 90 días? [] Sí [] No
11. Enumere cualquier otra necesidad de atención continua que pueda reunir los requisitos para los beneficios de transición de atención. Si estas necesidades de atención no están asociadas con la afección para la que solicita los beneficios de transición de atención, debe completar un formulario de transición de atención por separado.

Por el presente autorizo al proveedor mencionado anteriormente a que proporcione a DHMP o a cualquier compañía afiliada a DHMP toda la información y los registros médicos necesarios para tomar una decisión informada con respecto a mi solicitud de beneficios de transición de atención de DHMP. Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de este formulario de autorización.	
Firma del paciente, padre, madre o tutor	Fecha (mm/dd/aaaa)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRANSICIÓN DE ATENCIÓN

Se debe completar un formulario de solicitud de transición de atención por separado para cada afección para la cual usted o sus dependientes estén solicitando beneficios de transición de atención. Hay formularios adicionales disponibles a través de su empleador. Asegúrese de que todas las preguntas estén completamente contestadas. Cuando se completa el formulario, debe estar firmado por el paciente para quien se han solicitado los beneficios de transición de atención. Si el paciente es menor de edad, es necesaria la firma de un tutor.

Para ayudar a garantizar una revisión oportuna de su caso de transición, envíe el formulario lo antes posible. Como se indica a continuación, usted debe solicitar la transición de atención dentro de los primeros 30 días después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Los formularios completados deben estar marcados como "confidenciales" y ser enviados a su Centro de Servicio.

Las primeras secciones del formulario se aplican al empleado. Cuando el formulario solicita el nombre del paciente, solo debe reflejarse el nombre de la persona que está recibiendo la atención y que solicita la transición de atención.

Si responde afirmativamente a las preguntas n.º 1, n.º 2, n.º 3, n.º 4, n.º 5, n.º 6 o n.º 7, o si está enviando este formulario para la continuidad de la atención de cualquier otro servicio de atención médica no relacionado con la salud mental, envíe este formulario de solicitud de transición de atención a:

DHMP
Attention: Transition of Care
938 Bannock Street
Denver, CO 80204
Teléfono: 303-602-2140
Fax: 303-602-2128

En la n.º 8, incluya información sobre su plan de tratamiento actual o propuesto, y el tiempo que se espera que su tratamiento continúe. Si la cirugía ha sido planeada, indique el tipo y la fecha propuesta de su cirugía.

En la n.º 11, indique brevemente la afección de salud, cuándo comenzó y qué proveedor está involucrado actualmente. ¿Con qué frecuencia consulta a este proveedor? Sea lo más específico posible.

Las solicitudes de transición de atención se revisarán en un plazo de 10 días a partir de su recepción. La revisión de las solicitudes de trasplante de órganos puede llevar más de 10 días.