



¿QUÉ ES LA TRANSICIÓN DE ATENCIÓN Y LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN?

La transición de atención permite que los **nuevos miembros de DHMP** soliciten la cobertura de su actual proveedor de atención médica fuera de la red durante un período corto. Cubre una afección médica específica hasta que usted pueda cambiarse a un proveedor de la red.

La continuidad de la atención le permite solicitar la atención de su **proveedor actual que abandona la red DHMP**. Los miembros con motivos médicos que no pueden cambiarse de inmediato a un nuevo proveedor de la red pueden solicitar la cobertura durante un período corto.

Todas las solicitudes deben presentarse en un plazo de 30 días posteriores al cambio de cobertura del plan de salud o a la fecha de cancelación del contrato del proveedor. Su proveedor también puede presentar una solicitud de autorización previa a DHMP en un plazo de 30 días.

Cómo funciona la transición de atención y la continuidad de la atención

Debe recibir un tratamiento activo y vigente con un proveedor fuera de la red para la afección identificada en el formulario de transición de atención y continuidad de la atención que se encuentra a continuación.

- Su solicitud se evaluará en función de los beneficios según su plan.
- Si se aprueba su solicitud para la(s) afección(afecciones) médica(s) indicada(s) en su(s) formulario(s), recibirá la cobertura dentro de la red para el tratamiento de la(s) afección(afecciones) específica(s) por parte de su proveedor. La aprobación es por 90 días o al final del tratamiento activo según lo determine su plan.
 - o Un profesional de atención médica de la red debe proveer todos los demás servicios o suministros para que usted reciba los niveles de cobertura dentro de la red.
- Las solicitudes de transición de atención y continuidad de la atención no garantizan que un tratamiento sea médicamente necesario o que esté cubierto por los beneficios de su plan.

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

- embarazo en el segundo o tercer trimestre en el momento de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura
 - o recién nacidos
- cáncer recién diagnosticado o recurrente en tratamiento activo
- traumatismo
- candidatos para trasplante, receptores inestables o receptores que necesitan atención permanente
- cirugías recientes aún en el período de seguimiento (generalmente de seis a ocho semanas)
- afecciones agudas en tratamiento activo como ataques cardíacos, derrames cerebrales o afecciones crónicas inestables

- afecciones de salud conductual durante el tratamiento activo

Los ejemplos de afecciones que no reúnen los requisitos 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 el cambio a un proveedor participante no es recomendable o seguro para las afecciones que reúnan los requisitos, los servicios del proveedor no participante aprobado se autorizarán durante un período (generalmente 90 días) o hasta que se haya completado la atención o se haya transferido a un proveedor de la red, lo que ocurra primero.

Si me aprueban 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 afección aprobada y no pueden aplicarse a otra afección. Deberá completarse una solicitud de transición de atención para cada afección en un plazo no mayor a 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?

Los miembros ya deben estar en tratamiento por la afección para solicitar los beneficios.

¿Cómo puedo solicitarlos?

Las solicitudes pueden presentarse por escrito mediante el siguiente formulario. Debe presentar su solicitud en el momento de la inscripción en DHMP, pero en un plazo no mayor a 30 días después de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. También puede informarle a su proveedor que su seguro ha cambiado y pedirle que presente una solicitud de autorización previa a DHMP.

www.denverhealthmedicalplan.org/um-prior-authorization-request-form

Cuando DHMP reciba el formulario o la solicitud de autorización previa de su proveedor, se encargará de revisar y evaluar la información provista. Recibirá una carta en la que se le informará sobre la aprobación o negación de la solicitud. Una negación incluirá información sobre las apelaciones.

Definiciones

Transición de atención: ofrece a los nuevos miembros la posibilidad de solicitar la ampliación de la cobertura de su actual proveedor fuera de la red durante un período corto debido a una afección específica hasta que se pueda organizar la transferencia segura a un proveedor de la red.

Continuidad de la atención: ofrece a los miembros la posibilidad de solicitar la atención a su proveedor actual durante un período corto si abandona la red.

Red: son los centros, proveedores y prestadores que el plan de salud ha contratado para prestar servicios de atención médica.

Fuera de la red: son los servicios proporcionados por un proveedor no participante.

Autorización previa: es una revisión para la determinación de cobertura de su plan de salud antes de que pueda recibir los servicios.

Tratamiento activo: es un tratamiento que implica visitas regulares al proveedor para controlar el estado de una enfermedad, proporcionar tratamiento, recetar una medicación o modificar un plan de tratamiento. La interrupción del tratamiento activo podría provocar una recurrencia o un empeoramiento de la afección en tratamiento, e interferir en la recuperación. Por lo general, un tratamiento activo se define como la atención recibida en los últimos 30 días, pero se evalúa caso por caso.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRANSICIÓN DE ATENCIÓN Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DE DHMP

Para completar el formulario:

- Asegúrese de completar todos los campos.
- Facilite la firma de la persona para la cual se solicita la transición de atención o la continuidad de la atención.
 - o Se requiere la firma del tutor si el paciente es menor de edad.
- Se debe completar una solicitud de transición de atención y continuidad de la atención por separado para cada afección.

Envíe por fax la solicitud completa junto con la información y los registros médicos relevantes en un plazo de 30 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia de su plan DHMP a:

Attention: UM Dept Transition of Care/Continuation of Care

Fax de la Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management, UM)

para pacientes ambulatorios: 303-602-2128

Email de la Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management, UM):

DL_UM_Escalated@dhha.org

¿Tiene preguntas? Comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100.

Los proveedores pueden presentar las solicitudes de autorización previa en el sitio web de DHMP. El proveedor debe indicar que la solicitud es para el beneficio de transición de atención o continuidad de la atención.

www.denverhealthmedicalplan.org/um-prior-authorization-request-form

- Después de recibir la solicitud, DHMP revisará la información y le enviará una carta para informarle si su solicitud fue aprobada o negada.
- La presentación de este formulario no garantiza que se conceda una solicitud de transición de atención o de continuación de la atención.
- Las solicitudes se revisarán en un plazo de 10 días a partir de su recepción.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nuevo miembro de DHMP (solicitante de la transición de atención)

Miembro existente de DHMP cuyo proveedor de atención canceló su contrato
(solicitante de la continuidad de la atención)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) N.º de id. del miembro de DHMP

Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA) Domicilio

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono particular/celular Número de teléfono del trabajo

Fecha de inscripción en el plan DHMP (MM/DD/AAAA) Empleador

Relación con el miembro: Mismas persona Cónyuge Dependiente Otro

¿El paciente recibe una cobertura de otro seguro de salud en este momento? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía aseguradora: _____

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/coordinación de atención de DHMP. Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de este formulario de autorización.

Firma del paciente, progenitor o tutor

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)

**SECCIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN QUE DEBE SER COMPLETADA POR
EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:**

Nombre del proveedor

N.º de identificador de proveedor nacional
(National Provider Identifier, NPI) o número de
identificación de contribuyente
(Taxpayer Identification Number, TIN) del proveedor

Número de teléfono del proveedor Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

Hospital

Número de teléfono del hospital

Fecha de la última visita (MM/DD/AAAA)

Próxima cita programada (MM/DD/AAAA)

Frecuencia de las visitas

Diagnóstico

Duración esperada del tratamiento

Si se trata de una maternidad, parto previsto
(MM/DD/AAAA)

Seleccione una de las descripciones, si corresponde:

Afección potencialmente mortal

Afección aguda

Trasplante

Paciente hospitalizado/confinado

Próxima cirugía

Persona con discapacidad

Afección terminal

Tratamiento en curso

¿El tratamiento es por una exacerbación de una lesión o afección crónica anterior?

Sí

No

Tratamientos actuales y asociados/comentarios (incluir todos los códigos de Terminología de Procedimientos Actual [Current Procedural Terminology, CPT] pertinentes):

Si estas necesidades de atención no están asociadas con la afección para la cual solicita la cobertura de transición de atención y continuidad de la atención, complete una solicitud de transición de atención y continuidad de la atención por separado para cada afección.

El paciente mencionado con anterioridad es un miembro de DHMP. Entendemos que usted no es, o pronto no será, un proveedor participante en la red de DHMP. El miembro ha solicitado que, durante un período determinado, consideremos los reclamos como parte de la red del plan de beneficios del miembro por los servicios cubiertos que usted brinda como proveedor no participante. Esto se debe a una afección que reúne los requisitos para el beneficio de transición/continuidad de la atención. Si el plan aprueba esta solicitud, usted acepta brindar los servicios cubiertos por el plan del miembro.

- Si corresponde, el pago según su acuerdo de participación, junto con todo copago, deducible o coseguro por el cual el miembro es responsable según el plan, constituirá el pago total por el servicio cubierto y usted no intentará recuperarlo ni aceptará ningún pago del miembro, de UnitedHealthcare o de cualquier pagador o persona que actúe en su nombre, más que el pago total, independientemente de si dicho monto es menor que el cargo facturado o habitual.
- Si se le solicita, compartirá con nosotros la información sobre el tratamiento del miembro.
- Si corresponde, remitirá los servicios, incluidos los servicios de laboratorio, a los proveedores de la red, de acuerdo con los términos de su acuerdo de participación.

Firma del paciente, progenitor o tutor

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)