



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

La transición de atención permite que los **nuevos miembros de Denver Health Medical Plan (DHMP)** soliciten cobertura de su proveedor de atención médica fuera de la red durante un breve periodo. Fuera de la red es un médico o proveedor de salud que no forma parte de un plan de salud. Un miembro es una persona en un plan de salud. Un proveedor de atención médica es un hospital, un enfermero, un médico, un plan de salud o un experto en salud. Cubre un problema médico hasta que pueda cambiarse a un proveedor de la red.

La continuidad de atención le permite solicitar atención a su **proveedor que deja la red de DHMP**. Los miembros con ciertos motivos de salud pueden solicitar cobertura durante un breve periodo en el que no puede cambiarse a un nuevo proveedor de la red de inmediato. Los miembros son personas que están dentro de un plan de salud.

Todas las solicitudes deben enviarse dentro de los 30 días posteriores a un cambio en la cobertura del plan de salud o la fecha de finalización del proveedor. Su proveedor también puede enviar una solicitud de autorización previa a DHMP dentro de los 30 días.

Cómo funcionan la transición de atención y la continuidad de atención

Debe recibir atención activa y actual. Atención actual con un proveedor fuera de la red para el problema de salud indicado en el formulario de transición de atención y continuidad de atención a continuación.

- » Su solicitud se revisará en función de los beneficios de su plan.
- » Cuando se apruebe su solicitud para el problema de salud en su formulario, recibirá cobertura de su proveedor. Su proveedor trata ese problema de salud específico. Un problema de salud es un estado de salud.
La aprobación es por 90 días o el final de la atención activa según lo decida su plan.
 - Todos los demás insumos y atención deben ser brindados por un proveedor de atención médica de la red. Debe hacerlo para que obtenga niveles de cobertura dentro de la red.
- » Las solicitudes de transición de atención y continuidad de atención no garantizan que la atención sea necesaria para una buena salud. Las solicitudes de transición de atención y continuidad de atención no garantizan que la atención esté cubierta por los beneficios de su plan.

Algunos ejemplos de problemas de salud agudos que cumplen con los requisitos para la transición de atención o la continuidad de atención son los siguientes:

- » Embarazo en el segundo o tercer trimestre en la fecha de inicio de la cobertura.
- » Recién nacidos.
- » Cáncer recién diagnosticado o recidivante en tratamiento.
- » Traumatismo.

- » Candidatos de trasplantes, pacientes y pacientes que necesitan atención.
- » Cirugías recientes hasta el periodo de seguimiento, generalmente de seis a ocho semanas.
- » Los problemas de salud agudos en la atención son ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. También problemas de salud crónicos.
- » Problemas de salud conductual durante la atención activa.

Los ejemplos de problemas de salud que no cumplen con los requisitos incluyen los siguientes:

- » Exámenes de rutina, vacunas y controles de salud.
- » Los problemas de salud crónicos estables son el nivel alto de azúcar en la sangre, la artritis y las alergias. Otros son el asma, la presión arterial alta y las enfermedades oculares.
- » Las enfermedades menores agudas son resfriados, dolor de garganta e infecciones de oído.
- » Las cirugías electivas son la eliminación de lesiones. Otras son la bunionectomía, la reparación de hernia y la histerectomía.

¿Cuánto tiempo se permite cambiar a un nuevo proveedor de la red?

DHMP decide que los cambios a un proveedor de la red no son la mejor opción. DHMP decide la opción más segura para su afección. Quedarse con el proveedor fuera de la red durante 90 días. Permanecer hasta que termine su atención. Permanecer hasta que cambie a un proveedor de la red. Lo que suceda primero.

Estoy aprobado por una enfermedad, ¿puedo obtener pagos de beneficios dentro de la red por otro problema de salud?

Los beneficios dentro de la red que se brindan como parte de la transición de atención son solo para el problema de salud aprobado. Los beneficios no se pueden utilizar para problemas de salud adicionales. Se deberá completar un formulario de transición de atención para cada problema de salud. Complete el formulario a más tardar 30 días después de que la cobertura entre en vigencia.

¿Puedo solicitar beneficios de transición de atención cuando no estoy atendido por un médico o consultándolo?

Los miembros deben estar atendidos por problemas de salud para realizar la solicitud.

¿Cómo puedo realizar la solicitud?

Las solicitudes pueden enviarse por escrito utilizando el siguiente formulario. Debe presentar una solicitud en el momento de la inscripción en DHMP. Presente la solicitud 30 días después de la fecha de inicio de su cobertura. Dígale a su proveedor que su seguro ha cambiado. Pídale a su proveedor que envíe una solicitud de autorización previa a DHMP.

[DenverHealthMedicalPlan.org/UM-Prior-Authorization-Request-Form](https://denverhealthmedicalplan.org/UM-Prior-Authorization-Request-Form)

DHMP recibe el formulario o la solicitud de autorización previa de su proveedor. DHMP revisará la información provista. Recibirá una carta informándole la aprobación o negación de su solicitud. Una negación incluirá información sobre las apelaciones. Las apelaciones son una solicitud para su aseguradora o plan de salud. Se revisará una decisión o una queja nuevamente.

Definiciones

La **transición de atención** ofrece a los nuevos miembros la opción de solicitar una cobertura más larga a su proveedor actual fuera de la red. La solicitud es por un breve periodo debido a un problema de salud específico. La cobertura es hasta que se pueda organizar la transferencia segura a un proveedor de la red.

La **continuidad de atención** brinda a los miembros la opción de solicitar atención a su proveedor durante un breve periodo. Hasta que ese proveedor abandone la red.

La **red** son los consultorios, proveedores y prestadores con los que su plan de salud ha acordado proporcionarle servicios de atención médica.

Fuera de la red incluye los servicios que presta un proveedor que no está dentro de la red.

Autorización previa es una revisión para la determinación de cobertura de necesidad médica. Una revisión de su plan de salud antes de que pueda obtener servicios.

Una **atención activa** implica visitas periódicas con un proveedor. El proveedor monitoreará el estado de una enfermedad. Brinda atención, receta medicamentos y cambia un plan de atención. La interrupción de una atención activa podría causar el regreso o empeoramiento del problema de salud que se encuentra bajo atención. Puede interferir con la recuperación. La atención activa se define como la atención recibida en los últimos 30 días. Se revisa caso por caso.

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

Para completar el formulario

- » Asegúrese de que todos los campos estén completados.
- » Firme para quién se solicita la transición de atención o continuidad de atención.
 - La firma del tutor es necesaria cuando el paciente es menor de edad.
- » Se debe completar un formulario de transición de atención y continuidad de atención para cada problema de salud.

Envíe por fax el formulario completo con los registros médicos. Envíe la información por fax 30 días después de la fecha de inicio a 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

Correo electrónico de la UM: DL_UM_Escalated@dhha.org

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

Los proveedores pueden enviar autorizaciones previas al sitio web de DHMP. El proveedor debe tener en cuenta que la solicitud es para el beneficio de transición de atención o continuidad de atención. [DenverHealthMedicalPlan.org/UM-Prior-Authorization-Request-Form](https://denverhealthmedicalplan.org/UM-Prior-Authorization-Request-Form)

- » Después de recibir la solicitud, DHMP revisará la información y le enviará una carta. La carta le informará cuando su solicitud haya sido aprobada o denegada.
- » Completar este formulario no garantiza que se aprobará una solicitud de transición de atención o continuidad de 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 transición de atención

Miembro actual de DHMP cuyo proveedor finalizó con el solicitante de la continuidad de atención

Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre

Núm. de id. del miembro de DHMP

Fecha de nacimiento del miembro MM/DD/AAAA

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Fecha de inscripción en DHMP MM/DD/AAAA

Empleador

Relación con el miembro: Mismas persona Cónyuge Dependiente Otra opción

¿El paciente está cubierto por otro seguro de salud? 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 la atención de DHMP. Puedo 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 MÉDICA. PARA SER COMPLETADA
POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:**

Nombre del proveedor

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

Teléfono del proveedor

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

Hospital

Teléfono del hospital

Fecha de la última visita MM/DD/AAAA

Próxima cita programada MM/DD/AAAA

Frecuencia de las visitas

Diagnóstico

Duración prevista de la atención

Si es maternidad, parto previsto MM/DD/AAAA

Seleccione una de las descripciones cuando corresponda:

Problema de salud potencialmente mortal

Problema de salud agudo

Trasplante

Paciente hospitalizado/confinado

Próxima cirugía

Discapacidad

Problema de salud terminal

Atención continua

¿La atención es para una lesión o un problema de salud crónico que está empeorando?

Sí

No

Atención actual y asociada/Los comentarios incluyen todos los códigos CPT relevantes:

Si estas necesidades de atención no están asociadas con la afección para la que solicita la cobertura de transición de atención y continuidad de atención, complete una solicitud separada de transición de atención y continuidad de atención 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 de la red de DHMP. El miembro solicitó que durante un periodo definido tratemos los reclamos como una red dentro del plan de beneficios del miembro para los servicios cubiertos que brinda como proveedor no participante. Esto se debe a una afección calificadora en virtud del beneficio de transición/continuidad de atención. Si el plan aprueba esta solicitud, usted acepta brindar los servicios cubiertos por el plan del miembro.

- » Si corresponde, el pago en virtud de su acuerdo de participación, junto con cualquier copago, deducible o coseguro por el cual el miembro es responsable según el plan, constituye el pago completo del servicio cubierto y usted no intentará recuperar, y no aceptará ningún pago del miembro, UnitedHealthcare, o cualquier pagador o persona que actúe en su nombre, superior al pago total, independientemente de que dicho monto sea inferior al cargo facturado o habitual.
- » Si se lo solicita, compartirá con nosotros la información sobre el tratamiento del miembro.
- » Si corresponde, hará remisiones para servicios, incluidos servicios de laboratorio, a 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