

La **continuidad de los cuidados** y la **transición de los cuidados** son formas de asegurarte de que, si ya estás en medio de un tratamiento o tienes uno programado, puedas continuar los cuidados con tu proveedor actual durante un periodo limitado, a pesar de que el proveedor deje de formar parte de la red o de que tú cambies de plan de salud.

## Anthem puede ofrecerte opciones de transición/continuidad de los cuidados en los casos siguientes:

- Tu grupo médico primario (PMG), Independent Physician Association (IPA), organización de proveedores preferidos (PPO), hospital u otro proveedor sale o deja de formar parte de tu plan de salud. Eso se denomina **continuidad de los cuidados**.
- Eres un miembro recientemente inscrito en Anthem Blue Cross, y el médico u otro proveedor de tratamiento no forma parte de tu plan de Anthem Blue Cross nuevo. Eso se denomina **transición de los cuidados**.
- Existen otros motivos sobre los cuales no tienes control, que ponen en riesgo la continuidad de los cuidados.

## La opción NO está disponible en los siguientes casos:

- Elegiste hacer cambios en la cobertura, y tu médico u otro proveedor ya no forman parte de tu plan.
- Requieres cuidados continuos por una afección crónica, pero no te encuentras en una fase aguda de una enfermedad que requiera un tratamiento especial.

No es necesario completar este formulario en estos casos. En cambio, comunícate con Servicios para Miembros al número que aparece en tu identificación de Anthem para recibir asistencia para encontrar un médico u otro proveedor que pueda brindarte los cuidados que necesitas. Si tu médico dejará el PMG o IPA de Anthem que te corresponde, comunícate directamente con tu grupo médico para que te asistan en la búsqueda de un médico de cuidados primarios nuevo. Si cambiarás de plan y tu proveedor médico actual se encuentra en nuestra red, no necesitas hacer nada.

## Afecciones para las que se considera la continuidad o transición de los cuidados:

**Una afección aguda.** Una afección médica o de la salud del comportamiento cuyos síntomas aparecen repentinamente a causa de una enfermedad o lesión, o que requiera atención médica inmediata (pero por una duración limitada). Se seguirán proporcionando los servicios cubiertos mientras exista la afección aguda.

**Una afección crónica y grave.** Una afección médica o de la salud del comportamiento causada por una enfermedad, afección u otro problema o trastorno médico o del comportamiento grave, que persiste y no se cura totalmente, que empeora con el tiempo o que requiere tratamiento continuo para mantenerse en remisión o evitar que empeore aún más. Se seguirán proporcionando los servicios cubiertos durante el tiempo necesario para completar el tratamiento y para programar la derivación segura a otro proveedor, según lo determine el plan de salud en consulta con el inscrito y el proveedor cuyo contrato finaliza o el proveedor no participante, y siempre que se ajuste a las prácticas profesionales. Se considerará seguir proporcionando los servicios cubiertos durante un periodo limitado, que no supere los (12) meses desde la fecha de finalización del contrato o (12) meses desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura de una persona recientemente inscrita.

**Embarazo.** Puedes acceder a los servicios cubiertos completos durante los tres trimestres del embarazo y el periodo de posparto inmediatamente posterior.

**Afección de la salud mental materna.** Una afección de la salud mental que puede afectar a las mujeres durante el embarazo o en los periodos de peri y posparto, o que surge durante el embarazo, los periodos de peri y posparto, o hasta un año después del parto. Para las individuos que presenten documentación escrita de diagnóstico de afección de la salud mental materna emitida por sus proveedores de cuidado de la salud, se considerará seguir proporcionándoles los servicios cubiertos de afección de la salud mental durante un periodo limitado, que no supere los 12 meses desde la fecha del diagnóstico o la finalización del embarazo, lo que ocurra después.

**Enfermedades terminales.** Una afección incurable o irreversible que tiene una gran probabilidad de provocar la muerte en el plazo de un año o menos tiempo. Puedes acceder a los servicios cubiertos completos, incluso si la duración de la enfermedad terminal supera los 12 meses desde la fecha de finalización del contrato o desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura de un inscrito nuevo.

**Los cuidados de un hijo recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de edad.** Se considerará seguir proporcionando los servicios cubiertos durante un periodo limitado, que no supere los 12 meses desde la fecha de finalización del contrato o 12 meses desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura de una persona recientemente inscrita..

**Cirugía u otro procedimiento** autorizados por el plan anterior o el proveedor responsable, que están programados para realizarse dentro de los 180 días de la fecha de finalización del contrato (o dentro de los 180 días de la fecha de entrada en vigor de la cobertura para una persona recientemente inscrita).

Si las situaciones anteriores aplican en tu caso, comunícate con Servicios para Miembros de Anthem Blue Cross para solicitar la continuidad/transición de los cuidados O para recibir asistencia para completar este formulario que ayudará a garantizar que no se interrumpan tus cuidados.

**Para realizar solicitudes médicas correspondientes a miembros de California, envía este formulario completo por fax al 1-877-214-1781.**

**Para realizar solicitudes de la salud del comportamiento correspondientes a miembros de California, envía este formulario completo por fax al 1-877-521-4787.**

**Para servicios de análisis del comportamiento aplicado correspondientes a miembros de California, envía este formulario completo por fax al 1-866-582-2287.**



# Formulario de solicitud de continuidad/transición de los cuidados California



## Para ayudarnos a revisar tu solicitud:

1. Completa el formulario en su totalidad, no dejes espacios en blanco. Usa "N/A" si la pregunta no aplica en tu caso.
2. Usa un formulario para cada miembro de la familia que necesite transición de cuidados a otro proveedor.

## Información del paciente/suscriptor

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |        |  |                                                                                                                               |                                           |                                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|--|
| Apellido del suscriptor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Nombre |  | Inicial del segundo nombre                                                                                                    |                                           | Identificación del suscriptor, si se emitió |  |
| Nombre del empleador del suscriptor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |        |  |                                                                                                                               | Fecha de vigencia con Anthem (MM/DD/AAAA) |                                             |  |
| Apellido del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Nombre |  | Inicial del segundo nombre                                                                                                    |                                           | Parentesco con el suscriptor                |  |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Sexo   |  | Alergias                                                                                                                      |                                           |                                             |  |
| Núm. de teléfono preferido<br><input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |        |  | Núm. de teléfono secundario<br><input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil |                                           |                                             |  |
| ¿Eres un inscrito nuevo en Anthem? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "sí", completa las áreas sombreadas en verde a) y b). Si la respuesta es "No", ve al área sombreada en amarillo c).                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |        |  |                                                                                                                               |                                           |                                             |  |
| a) Nombre del plan de seguro que finaliza: _____<br>Tipo de plan que finaliza: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Vivity <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> CDHP <input type="checkbox"/> Otro: _____<br>Identificación de miembro y/o número de expediente médico del plan de seguro que finaliza: _____<br>Nombre del PMG/IPA con el plan que finaliza: _____ Nombre del PMG/IPA nuevo de Anthem Blue Cross: _____ |  |        |  |                                                                                                                               |                                           |                                             |  |
| b) Plan nuevo Anthem Blue Cross: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Vivity <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> CDHP <input type="checkbox"/> Otro: _____                                                                                                                                                                                                                                                              |  |        |  |                                                                                                                               |                                           |                                             |  |
| c) Proporciona el nombre de tu médico u hospital que cancelará tus cuidados o que finalizará su contrato con Anthem Blue Cross: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |        |  |                                                                                                                               |                                           |                                             |  |
| Diagnóstico (incluye antecedentes pertinentes y resultados de exámenes físicos): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |        |  |                                                                                                                               |                                           |                                             |  |

## 1. ¿Tienes programada una cita con un especialista? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", proporciona la información correspondiente a continuación.

| Tipo de especialista                                                         | Nombre del proveedor (apellido, nombre) | Dirección del proveedor | Núm. de teléfono del proveedor | Fecha de la próxima visita al consultorio | Motivo |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|--------|
| Obstetra (por un embarazo)                                                   |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Fecha de parto: _____ (MMDDAAAA) Hospital donde se realizará el parto: _____ |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Proveedor del análisis del comportamiento aplicado (ABA)                     |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Especialista en enfermedades de la sangre o en cáncer                        |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Especialista en enfermedades del corazón                                     |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Especialista en enfermedades infecciosas                                     |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Especialista en enfermedades del riñón                                       |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Psicólogo clínico certificado                                                |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Trabajador social clínico certificado (LCSW)                                 |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Terapeuta matrimonial y familiar certificado (LMFT)                          |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Especialista en enfermedades del pulmón                                      |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Neurólogo                                                                    |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Especialista en ortopedia                                                    |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Enfermero profesional de salud mental/psiquiatría (PMHNP)                    |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Psiquiatra                                                                   |                                         |                         |                                |                                           |        |
| Otro (especifica):                                                           |                                         |                         |                                |                                           |        |

Continuidad de los cuidados: Solicitud de nuevo inscrito y Solicitud de interrupciones de la red consolidadas en el presente documento.

Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company son licenciatarios independientes de Blue Cross Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.  
115508CAMSAPBC Rev. 12/2019

2. ¿Recibes actualmente alguno de los siguientes servicios? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es “Sí”, proporciona la información correspondiente a continuación.

| Servicios                                                                       | Centro | Compañía | Nombre del proveedor | Dirección del proveedor | Núm. de teléfono |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|----------------------|-------------------------|------------------|
| Análisis del comportamiento aplicado (ABA)                                      |        |          |                      |                         |                  |
| Laboratorio clínico                                                             |        |          |                      |                         |                  |
| Diálisis                                                                        |        |          |                      |                         |                  |
| Terapia a domicilio                                                             |        |          |                      |                         |                  |
| Servicios intensivos para pacientes ambulatorios                                |        |          |                      |                         |                  |
| Medicación IV/quimioterapia                                                     |        |          |                      |                         |                  |
| Equipo médico                                                                   |        |          |                      |                         |                  |
| Tratamiento asistido con medicamentos                                           |        |          |                      |                         |                  |
| Administración de medicamentos para una afección de la salud del comportamiento |        |          |                      |                         |                  |
| Terapia ocupacional                                                             |        |          |                      |                         |                  |
| Trasplante de órganos o células madre/médula ósea                               |        |          |                      |                         |                  |
| Terapia electroconvulsiva para pacientes ambulatorios                           |        |          |                      |                         |                  |
| Oxígeno                                                                         |        |          |                      |                         |                  |
| Hospitalización parcial                                                         |        |          |                      |                         |                  |
| Fisioterapia                                                                    |        |          |                      |                         |                  |
| Pruebas psicológicas                                                            |        |          |                      |                         |                  |
| Radioterapia                                                                    |        |          |                      |                         |                  |
| Tratamiento de rehabilitación                                                   |        |          |                      |                         |                  |
| Cuidados de atención residencial                                                |        |          |                      |                         |                  |
| Terapia del habla                                                               |        |          |                      |                         |                  |
| Estimulación magnética transcraneal                                             |        |          |                      |                         |                  |
| Otro (especifica):                                                              |        |          |                      |                         |                  |
|                                                                                 |        |          |                      |                         |                  |

3. ¿Has programado una hospitalización, una cirugía u otro procedimiento? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es “Sí”, proporciona la información correspondiente a continuación.

|                                                             |                               |                            |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Fecha programada (MM/DD/AAAA)                               | Tipo de cirugía/procedimiento |                            |
| Nombre del médico que realizará la cirugía/el procedimiento | Núm. de teléfono del médico   | Nombre del hospital/centro |

4. Fecha de inicio solicitada para la transición/continuidad de los cuidados

Fecha (MM/DD/AAAA)

5. Otras necesidades

Firma requerida

Autorizo a Anthem Blue Cross a dejar información confidencial en mi correo de voz del número (o de los números) proporcionado(s) en el formulario anterior.  
Marca los que correspondan: ☐ Hogar ☐ Móvil ☐ Trabajo ☐ NO dejar información confidencial en mi correo de voz

|                                                                                          |                             |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Firma del paciente si tiene 18 años de edad o más<br>X                                   | Nombre en letra de imprenta | Fecha (MM/DD/AAAA) |
| Firma del padre, de la madre o del tutor si el paciente es menor de 18 años de edad<br>X | Nombre en letra de imprenta | Fecha (MM/DD/AAAA) |

# Formulario de solicitud de continuidad/transición de los cuidados

## Formulario de divulgación autorizada

### California



#### Información del paciente

|                       |        |                            |                                  |
|-----------------------|--------|----------------------------|----------------------------------|
| Apellido del paciente | Nombre | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) |
|-----------------------|--------|----------------------------|----------------------------------|

#### Autorización (Se requiere firma)

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente), por el presente autorizo a mi proveedor a proporcionar a la unidad de revisión y/o administración de los cuidados de Anthem Blue Cross toda la información y los expedientes médicos correspondientes a mi tratamiento actual necesarios para tomar una decisión informada con respecto a mi solicitud de continuidad/transición de los cuidados. Comprendo que, a excepción de los servicios de salud del comportamiento, la unidad de revisión y/o administración de los cuidados de Anthem Blue Cross podrá compartir información y hablar sobre mis cuidados con mi médico de cuidados primarios/grupo médico nuevos del plan de Anthem. Entiendo que la unidad de revisión de Anthem Blue Cross pueda necesitar comunicarse con mi proveedor actual para completar mi solicitud, y autorizo tales comunicaciones. Comprendo que puedo ayudar haciendo el seguimiento directamente con mi proveedor para informarle que he solicitado asistencia con la transición y que requiero su cooperación.

A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que esta divulgación autorizada incluya, en caso de que corresponda, todos los registros sobre trastornos por abuso de sustancias que mi proveedor tiene sobre mí y que estén relacionados con mi tratamiento actual y sean relevantes para la asistencia con la transición. Comprendo que mis registros sobre trastornos por abuso de sustancias están protegidos por las leyes y normas federales y estatales sobre confidencialidad y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que las leyes y normas establezcan lo contrario. También entiendo que puedo revocar (o cancelar) esta autorización en cualquier momento. Comprendo que no puedo cancelar esta autorización cuando este formulario ya haya sido usado para divulgar información.

Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de este formulario de autorización.

|                                                                                                 |                             |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Firma del paciente si tiene 18 años de edad o más<br><b>X</b>                                   | Nombre en letra de imprenta | Fecha (MM/DD/AAAA) |
| Firma del padre, de la madre o del tutor si el paciente es menor de 18 años de edad<br><b>X</b> | Nombre en letra de imprenta | Fecha (MM/DD/AAAA) |