

## **Continuidad de los cuidados brindados por proveedores no pertenecientes al plan**

### Cómo solicitar la continuidad de los cuidados

Es importante que mantenga la relación médico-paciente. Cuando un médico de cuidados primarios (PCP) o un especialista renuncia o es rescindido de un grupo médico, el plan le notifica al miembro por escrito para brindarle asistencia durante la transición a los cuidados de un médico de otro grupo médico. Si el contrato entre el plan y un grupo de proveedores o un hospital de cuidados agudos finaliza, el plan también notificará a los miembros afectados. A los miembros que se contacten con CCHP para solicitar los cuidados de un proveedor rescindido, el Centro de Servicios para Miembros les enviará un paquete de solicitud de continuidad de los cuidados. El paquete incluye un formulario de solicitud de continuidad de los cuidados. Los miembros deben presentar un formulario de solicitud de continuidad de cuidados y los documentos relacionados al Departamento de Revisión de Utilización/Administración de Cuidados (atención: Director de UM) en el lapso de 30 días calendario (sin embargo, se puede hacer una excepción a esta fecha límite de 30 días por una buena causa) posteriores a:

- la fecha de entrada en vigencia de terminación del proveedor rescindido; o
- la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del plan del miembro recientemente inscrito.

La revisión de utilización es un proceso que controla el uso de una serie completa de componentes integrados que incluyen: la revisión de certificación previa, revisión del ingreso, revisión de estadía continua, revisión retrospectiva, planificación de alta y manejo individual del caso médico, según se requiera para determinar la necesidad médica.

### Proveedor rescindido

Si actualmente recibe servicios cubiertos para uno de los casos que se mencionan a continuación en la sección "Elegibilidad", de un hospital o un médico del plan (u otros proveedores determinados) cuando nuestro contrato con el proveedor se termine (por motivos que no sean causas disciplinarias médicas o actividad delictiva), puede que usted sea elegible para obtener cobertura limitada de los servicios de ese proveedor rescindido.

### Elegibilidad para los servicios de continuidad de los cuidados

Los casos que están sujetos a esta disposición de servicios de continuidad de los cuidados (finalización) son:

- Afecciones agudas, que son afecciones médicas que involucran una aparición repentina de los síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención Médica rápida y tiene una cierta duración. Podemos cubrir estos servicios hasta que la afección aguda desaparezca.
- Una afección crónica grave, que no exceda los 12 meses desde la fecha de rescisión del proveedor.
- Las afecciones crónicas graves son enfermedades u otras afecciones médicas que son serias si una de las siguientes opciones está presente en la condición:
  - o persiste y no se cura por completo;
  - o empeora durante un período prolongado;
  - o requiere tratamiento continuo para mantenerla en remisión o prevenir el deterioro.
- Embarazo y cuidado posparto inmediato. Podemos cubrir estos servicios durante el embarazo y el cuidado posparto inmediato.
- Enfermedades terminales, las cuales son enfermedades incurables o irreversibles que tienen una alta probabilidad de causar la muerte en el término de un año o menos. Podemos cubrir la finalización de estos servicios por el tiempo que dure la enfermedad.
- Cuidado para niños, desde el nacimiento hasta los 36 meses de vida, que no excedan los 12 meses desde la fecha de rescisión del proveedor.
- Las cirugías u otros procedimientos autorizados, si se programan en el plazo de 180 días posteriores a la fecha de rescisión del proveedor.

La enfermedad de "salud mental" grave de una persona de cualquier edad o los trastornos emocionales graves de un miembro menor de 18 años, según se define a continuación en la sección Cuidados de salud mental, o salud mental, abuso de sustancias/dependencia química, psicológica o psiquiátrica, trastorno, enfermedad o afección que de cualquier manera cumpla con alguno de los criterios mencionados.

Para reunir los requisitos de esta finalización de cobertura de servicios, se deben cumplir todos los requisitos siguientes:

- La cobertura de su plan de salud debe estar vigente en la fecha en que usted recibe el servicio.
- Para los nuevos miembros, la cobertura del plan anterior de los servicios del proveedor ha finalizado o finalizará cuando la cobertura de nuestro plan entre en vigencia.
- Usted recibe servicios para uno de los casos mencionados de parte de un proveedor que no pertenece al plan en la fecha de vigencia de la cobertura si usted es un nuevo miembro, o del proveedor de plan rescindido en la fecha de terminación del proveedor.

Si el proveedor rescindido no acepta cumplir con los términos y condiciones contractuales del plan que se les impone a los proveedores contratados actuales, no aprobaremos la solicitud de continuidad de los servicios de cuidado. Los servicios que se le proveerán serán servicios cubiertos conforme al Formulario de Divulgación y Cobertura de Evidencia Combinada, si los brindó un proveedor del plan.

#### Copagos y deducibles anuales

Para conocer los servicios completos y los copagos a cargo de los miembros, vea las tarifas de CCHP según la sección "Descripción de los beneficios y la cobertura" del Formulario de Divulgación y Cobertura de Evidencia Combinada.

#### Nota sobre ciertos proveedores de cuidados de salud reproductiva

Algunos hospitales que trabajan con CCHP y otros proveedores quizá no proporcionen uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos por el contrato de su plan y que usted o los dependientes inscritos de su familia pueden necesitar: planificación familiar, servicios de anticoncepción (incluida la anticoncepción de emergencia), esterilización (incluida la ligadura de trompas al momento del trabajo de parto y el parto), o el aborto. Obtenga más información antes de inscribirse. Llame a su futuro médico de CCHP o llame al Departamento de Servicios para Miembros de CCHP al 415-834-2118, para asegurarse de que puede obtener los servicios de cuidado de salud necesarios.

#### Contratos con proveedores de plan y compensación

Los proveedores de CCHP y del plan son contratistas independientes. Los proveedores de CCHP reciben su remuneración de diversas formas, entre ellas, capitación, tarifas diarias, tarifas por caso y pago por servicio. Si desea obtener más información sobre cómo los proveedores de CCHP reciben remuneración para brindar u organizar cuidados médicos y hospitalarios para los miembros, llame a nuestro Centro de Servicios para Miembros para solicitar una descripción escrita de cómo se remunera a nuestros proveedores.

#### Responsabilidad de pago del miembro o persona inscrita

Nuestros contratos con los proveedores del plan estipulan que usted no es responsable de los montos que nosotros adeudamos. Sin embargo, puede ser responsable del costo de los servicios no cubiertos que recibe de proveedores pertenecientes o no pertenecientes al plan.

**CONTINUITY OF CARE REQUEST FORM**

Member Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Member ID #: \_\_\_\_\_ Subscriber Name & ID #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Cell Phone: ( ) \_\_\_\_\_ Home/Work Phone: ( ) \_\_\_\_\_

Preferred Phone Number to call from 8am to 5pm: Cell Home Work

Primary Care Physician: \_\_\_\_\_ PCP Phone: ( ) \_\_\_\_\_

Current Diagnosis (List all that apply): \_\_\_\_\_

Reason for Requesting Continuity of Care: \_\_\_\_\_

I am requesting continued care from the following terminated/non-participating provider:

Provider Name	Specialty	Address	Phone Number
1.			
2.			
3.			

Member Signature: _____	Date: _____
If completed by someone other than the member: Name of Requestor: _____	Phone Number ( ) _____
Requestor's Signature: _____	Relation to Member: _____

Please Mail To: Continuity of Care Request  
Attn: Director of Utilization Management  
445 Grant Avenue, Suite 700  
San Francisco, CA 94108

OR,

Fax To: (415) 398-3669

**For assistance in completing this form, call Member Services at (415) 834-2118.**