



Explicación de la transición del cuidado de la salud y la continuidad del cuidado de la salud.



Transición del cuidado de la salud

La transición del cuidado de la salud brinda a los miembros nuevos de UnitedHealthcare la opción de solicitar la cobertura extendida de su profesional de cuidado de la salud fuera de la red actual a los niveles de beneficios y costos compartidos asociados a los proveedores dentro la red y a las tarifas de la red, durante un tiempo limitado, debido a una condición médica específica, hasta que se pueda coordinar el traspaso seguro a un profesional de cuidado de la salud de la red. Los ejemplos de condiciones médicas cubiertas se pueden encontrar en la página 2 de este documento. Usted debe presentar la solicitud que comienza en la página 5 para pedir la transición del cuidado de la salud en un plazo no mayor de 30 días después de la fecha en que comience su cobertura de UnitedHealthcare. Todas las solicitudes recibidas después de los 30 días se revisarán caso por caso.



Obtenga ayuda para comprender estos y otros términos del seguro de salud en la página 4.



Continuidad del cuidado de la salud

La continuidad del cuidado de la salud brinda a los miembros de UnitedHealthcare la opción de solicitar el cuidado extendido de su profesional de cuidado de la salud actual, si este ya no trabaja con su plan de salud y ahora se lo considera fuera de la red. Los miembros que tengan motivos médicos que impidan un traspaso inmediato a un profesional de cuidado de la salud de la red pueden solicitar la cobertura extendida de los servicios a los niveles de beneficios y costos compartidos asociados a los proveedores dentro de la red y a las tarifas de la red por condiciones médicas específicas durante un período definido. Todas las solicitudes recibidas después de los 30 días se revisarán caso por caso.

Los ejemplos de condiciones médicas cubiertas se pueden encontrar en la página 2 de este documento.

Si su profesional de cuidado de la salud está por dejar la red de UnitedHealthcare, usted debe presentar la solicitud que comienza en la página 5 para pedir la continuidad del cuidado de la salud en un plazo no mayor de 30 días después de la fecha de cancelación del contrato del profesional de cuidado de la salud.

Cómo funciona la transición y la continuidad del cuidado de la salud:

Usted ya debe estar bajo tratamiento activo y actual (consulte la definición en la página 4) de parte del profesional de cuidado de la salud no contratado identificado para la condición que figura en la Solicitud de Transición y Continuidad del Cuidado de la Salud a continuación.

- UnitedHealthcare debe tomar una determinación formal de que un cambio a un profesional de cuidado de la salud de la red tendría un efecto negativo en su salud. Su solicitud será evaluada a partir de las leyes estatales vigentes y los estándares de acreditación.
- Si su solicitud es aprobada para las condiciones médicas que figuran en su solicitud, usted recibirá el nivel de cobertura de la red para el tratamiento de las condiciones específicas de parte del profesional de cuidado de la salud hasta que:
 - La condición del miembro que es objeto de la continuidad o transición del cuidado de la salud esté médicamente estable; y
 - No haya dudas ni condiciones médicas que impidieran un traspaso seguro a un profesional de cuidado de la salud de la red. UnitedHealthcare toma esta determinación en consulta con su profesional de cuidado de la salud fuera de la red tratante y, si corresponde, con su profesional de cuidado de la salud de la red asignado.

Todos los demás servicios o suministros deben ser prestados por un profesional de cuidado de la salud de la red para que usted reciba los niveles de cobertura de la red. Si su plan incluye cobertura fuera de la red y usted decide seguir recibiendo cuidado fuera de la red después del plazo aprobado por UnitedHealthcare, usted debe cumplir los requisitos fuera de la red de su plan, incluidos los requisitos de preautorización.

- La disponibilidad de la cobertura de transición y continuidad del cuidado de la salud no garantiza que un tratamiento sea médicamente necesario ni que esté cubierto por los beneficios de su plan. Según la solicitud real, es posible que, de todas maneras, se requiera una determinación de necesidad médica y una preautorización formal para que un servicio esté cubierto.

Ejemplos de condiciones médicas que pueden calificar para la transición del cuidado de la salud y la continuidad del cuidado de la salud:

- Embarazo, durante el embarazo y hasta seis semanas después del parto.
 - La cobertura de hijos recién nacidos comienza en el momento del nacimiento y continúa durante 30 días. Usted debe elegir un pediatra de la red y notificar a un representante del plan de salud dentro de los 30 días de la fecha de nacimiento para agregar el bebé a su plan.
- Cuidado para recién nacidos, para un hijo desde el nacimiento hasta los treinta y seis (36) meses de vida. La cobertura conforme a la transición o la continuidad del cuidado de la salud no excederá los doce (12) meses a partir de la fecha de cancelación del contrato del proveedor o de la fecha de vigencia del miembro recientemente inscrito. La cobertura tampoco se extenderá después del tercer (3.º) cumpleaños del hijo.
- Cáncer recientemente diagnosticado o recidiva del cáncer y quimioterapia, radioterapia o reconstrucción en curso.
- Candidatos a trasplante o receptores de trasplante que necesiten cuidado continuo debido a complicaciones asociadas con un trasplante.

CONTINÚA

- Cirugías mayores recientes en la fase aguda y el período de seguimiento, siempre y cuando la cirugía haya sido recomendada por el proveedor para que se realice dentro de los 180 días calendario de la fecha de cancelación del contrato del proveedor o de los 180 días calendario de la fecha de vigencia del miembro recientemente inscrito.
- Condiciones agudas graves en tratamiento activo, como ataques cardíacos o derrames cerebrales. La prestación de los servicios cubiertos se permitirá mientras dure la condición aguda.
- Otras condiciones crónicas graves que requieran tratamiento activo.
- Tratamiento para una enfermedad terminal, una condición incurable o irreversible con altas probabilidades de causar la muerte en un plazo de un año. La prestación de los servicios cubiertos se permitirá mientras dure la enfermedad.
- Cuidado de salud del comportamiento y por abuso de sustancias durante un período razonable para hacer una transición del cuidado segura a un profesional de cuidado de la salud de la red. Esto incluye el cuidado de la salud del comportamiento recibido de parte de un psiquiatra, psicólogo con licencia, terapeuta matrimonial y familiar con licencia o trabajador social clínico con licencia. Para averiguar por servicios para la salud del comportamiento y el abuso de sustancias, llame a Servicio al Cliente de su compañía de seguros de salud del comportamiento y abuso de sustancias al número de teléfono que se encuentra en su información de inscripción o en su tarjeta de ID de cuidado de la salud.

Ejemplos de condiciones que no califican para la transición y la continuidad del cuidado de la salud:

- Exámenes, vacunas y evaluaciones de la salud de rutina.
- Condiciones crónicas que estén estables (excepto según lo exigido por la ley estatal).
- Enfermedades menores como resfríos, dolor de garganta e infecciones de oído.
- Cuidado para cualquier condición que exceda los 12 meses después de la fecha de cancelación del contrato del proveedor o de su fecha de vigencia de cobertura. Este límite no se aplica a la continuidad del cuidado de la salud para una enfermedad terminal.

Preguntas frecuentes:

- P** Si se aprueba mi solicitud, ¿cuánto tiempo tendré para hacer una transición a un nuevo profesional de cuidado de la salud de la red?
- R** Si UnitedHealthcare determina que la transición a un profesional de cuidado de la salud participante no se recomienda o no es segura para las condiciones que califican para la transición y continuidad del cuidado de la salud, los servicios prestados por el profesional de cuidado de la salud fuera de la red aprobado serán autorizados al nivel de beneficios de la red durante un período específico o hasta que haya finalizado el cuidado o se haya hecho una transición a un profesional de cuidado de la salud participante, lo que ocurra primero. Usted debe solicitar la transición y la continuidad del cuidado de la salud dentro de los 30 días de la fecha de vigencia de la cobertura o dentro de los 30 días de la fecha de cancelación del contrato del proveedor del cuidado; de lo contrario, es posible que no cumpla los requisitos para recibir los servicios de transición y continuidad del cuidado de la salud. Todas las solicitudes recibidas después de los 30 días se revisarán caso por caso.
- P** Si me aprueban la transición y continuidad del cuidado de la salud para una condición médica, ¿puedo recibir cobertura de la red para una condición no relacionada?
- R** No. Los niveles de cobertura de la red ofrecidos como parte de la transición y la continuidad del cuidado de la salud son únicamente para las condiciones médicas específicas y no se pueden aplicar a otra condición. Si usted quiere la cobertura de transición y continuidad del cuidado de la salud para más de una condición médica, debe llenar una Solicitud de Transición y Continuidad del Cuidado de la Salud para cada condición específica.

Definiciones:

Transición del cuidado de la salud: Brinda a los miembros nuevos de UnitedHealthcare la opción de solicitar la cobertura extendida de su profesional de cuidado de la salud fuera de la red actual a las tarifas de la red, durante un tiempo limitado, debido a una condición médica específica, hasta que se pueda coordinar el traspaso seguro a un profesional de cuidado de la salud de la red.

Continuidad del cuidado de la salud: Brinda a los miembros de UnitedHealthcare la opción de solicitar el cuidado extendido de su profesional de cuidado de la salud actual, si este ya no trabaja con su plan de salud y ahora se lo considera fuera de la red.

Red: Centros, proveedores y distribuidores con los que su plan de salud tiene contrato para prestar servicios para el cuidado de la salud.

Fuera de la red: Servicios prestados por un proveedor no participante.

Preautorización: Evaluación para la cobertura de su plan de salud antes de que usted pueda obtener acceso a medicamentos o servicios.

Tratamiento activo: Generalmente consiste en visitas periódicas al profesional para monitorear el estado de una enfermedad o un trastorno, para proporcionar tratamiento directo, para recetar medicamentos u otro tratamiento, o para modificar un plan de tratamiento. La interrupción del tratamiento activo podría causar una recidiva o un empeoramiento de la condición bajo tratamiento e interferir en la recuperación. Por lo general, un tratamiento activo se define como aquel que se encuentra en curso en los últimos 30 días, pero que se evalúa caso por caso.

Consulte otros términos y definiciones de cuidado de la salud y de seguros de salud en justplainclear.com.

Solicitud de Transición y Continuidad del Cuidado de la Salud

Este formulario es para todos los miembros asegurados por completo que residen en California.

Al llenar esta solicitud:

- Asegúrese de llenar todos los campos.
- Cuando la solicitud esté completa, debe ser firmada por el miembro para el que se solicita la transición y continuidad del cuidado de la salud. Si el miembro es menor de edad, se requiere la firma de un tutor.
- Usted debe solicitar la transición y continuidad del cuidado de la salud dentro de los 30 días de la fecha de vigencia de la cobertura o dentro de los 30 días de la fecha de cancelación del contrato del proveedor del cuidado. Todas las solicitudes recibidas después de los 30 días se revisarán caso por caso.
- Se debe llenar una Solicitud de Transición y Continuidad del Cuidado de la Salud aparte para cada condición por la que usted o sus dependientes quieran la transición y continuidad del cuidado de la salud.
- Llene la solicitud y envíela por correo o fax, junto con la información y los registros médicos pertinentes, dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia de su plan de UnitedHealthcare a:

UnitedHealthcare

1301 W President George Bush Hwy
Richardson, TX 75080-1133
Attn: Transition of Care/Continuity of Care
Fax: 1-855-686-3561

- Después de recibir su solicitud, UnitedHealthcare revisará y evaluará la información proporcionada. Los formularios incompletos serán devueltos al solicitante. Si el formulario está completo, le enviaremos una carta para avisarle si su solicitud fue aprobada o denegada. La presentación de esta solicitud no garantiza que se concederá la transición y continuidad del cuidado de la salud.
- Para averiguar por servicios para la salud del comportamiento y el abuso de sustancias, llame a Servicio al Cliente de su compañía de seguros de salud del comportamiento y abuso de sustancias al número de teléfono que se encuentra en su información de inscripción o en su tarjeta de ID de cuidado de la salud.

Información del miembro

☐ Miembro nuevo de UnitedHealthcare (solicitante de transición del cuidado de la salud)		Fecha de cancelación del contrato del proveedor
☐ Miembro actual de UnitedHealthcare cuyo proveedor de cuidado terminó su contrato (solicitante de continuidad del cuidado de la salud)		
Nombre (persona que recibirá tratamiento)	Número de ID del miembro de UnitedHealthcare	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Dirección	Ciudad	Estado/Código postal
Número de teléfono residencial/celular		Número de teléfono del trabajo
Nombre del empleador		Fecha de inscripción en el plan de UnitedHealthcare (mm/dd/aaaa)
Parentesco del miembro con el empleado ☐ Empleado ☐ Cónyuge ☐ Dependiente ☐ Otro	¿El miembro está cubierto actualmente por otra compañía de seguros de salud? ☐ Sí ☐ No Si respondió "Sí", indique el nombre de la compañía:	

Autorización para divulgar registros:

Autorizo a todos los médicos y a otros centros o profesionales de cuidado de la salud a brindar a UnitedHealthcare información relacionada con el cuidado, los consejos, el tratamiento o los suministros médicos para el miembro nombrado más arriba. Esta información se usará para determinar si el miembro cumple los requisitos para recibir los beneficios de transición y continuidad del cuidado de la salud conforme al plan.

Firma del miembro/Firma del padre, madre o tutor si el miembro es menor de edad

Fecha (mm/dd/aaaa)

Sección para el proveedor de cuidado: Su profesional de cuidado de la salud debe llenar la siguiente información.

Nombre	Identificador nacional de proveedor (NPI) o número de ID fiscal (TIN)	Número de teléfono
Dirección	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 prevista del tratamiento	Si se trata de maternidad: Fecha probable de parto (mm/dd/aaaa)

Seleccione 1 de las descripciones, si corresponde:

- ☐ Condición potencialmente mortal ☐ Condición aguda ☐ Trasplante ☐ Paciente hospitalizado/internado
☐ Cirugía próxima ☐ Discapacitado/Discapacidad ☐ Enfermedad terminal ☐ Tratamiento en curso

Miembros recién nacidos: La cobertura de hijos recién nacidos comienza en el momento del nacimiento y continúa durante 30 días. Usted debe elegir un pediatra de la red y notificar a un representante del plan de salud dentro de los 30 días de la fecha de nacimiento para agregar el bebé a su plan.

¿Es el tratamiento por una exacerbación de una lesión anterior o condición crónica? ☐ Sí ☐ No

Tratamientos actuales y relacionados o comentarios (incluya todos los códigos de Terminología de Procedimientos Actuales pertinentes)

Si estas necesidades de cuidado no están relacionadas con la condición por la que usted solicita la cobertura de transición y continuidad del cuidado de la salud, llene una Solicitud de Transición y Continuidad del Cuidado de la Salud por separado para cada condición.

El paciente nombrado más arriba es miembro de UnitedHealthcare. Entendemos que usted no es, o pronto no será, un proveedor participante en la red de UnitedHealthcare. El miembro ha solicitado un período definido para que tratemos los reclamos como dentro de la red conforme al plan de beneficios del miembro para los servicios cubiertos que usted preste como proveedor no participante. Esto se debe a una condición que califica. Si aprobamos esta solicitud, usted acepta (1) prestar el servicio cubierto, incluido cualquier cuidado médico de seguimiento cubierto por el plan del miembro, y (2) si corresponde, que los términos y condiciones de su contrato de participación sigan aplicándose al servicio cubierto, incluido cualquier cuidado médico de seguimiento cubierto por el plan del miembro. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si corresponde, el pago conforme a su contrato de participación, junto con cualquier copago, deducible o coseguro del que el miembro sea responsable conforme al plan, será el pago total del servicio cubierto y usted no solicitará recuperar, ni aceptará ningún pago del miembro, UnitedHealthcare o cualquier otro pagador o persona que actúe en nombre de estos, que exceda el pago total, independientemente de que dicha cantidad sea inferior a lo que usted facturó o a su cargo habitual.
- A solicitud, usted compartirá información con nosotros sobre el tratamiento del miembro.
- Si corresponde, usted hará referencias para los servicios, incluidos los servicios de laboratorio, a proveedores de la red de acuerdo con las condiciones de su contrato de participación.

Firma del profesional de cuidado de la salud

Fecha (mm/dd/aaaa)

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: La información incluida en este documento se considera información confidencial o información comercial de propiedad exclusiva de UnitedHealthcare. Por lo tanto, esta información solamente puede ser usada por la persona o entidad a la que está dirigida. Todo receptor será responsable de usar y proteger la información comercial de propiedad exclusiva de UnitedHealthcare de divulgación adicional o uso indebido, de acuerdo con las obligaciones contractuales del receptor conforme a cualquier convenio de servicios administrativos, contrato de póliza de grupo, convenio de no divulgación u otro contrato o ley vigente. La información que usted recibió puede contener información de salud protegida que debe manipularse de acuerdo con las leyes estatales y federales vigentes, incluidas, entre otras, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Las personas que usen indebidamente dicha información pueden estar sujetas a sanciones civiles y penales.

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial, puede cometer un acto fraudulento en contra del seguro, lo que puede constituir un delito, y también puede estar sujeta a una sanción civil por cada infracción.

We do not treat members differently because of sex, age, race, color, disability or national origin. If you think you were treated unfairly because of your sex, age, race, color, disability or national origin, you can send a complaint to the Civil Rights Coordinator.

Online: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Mail: Civil Rights Coordinator, UnitedHealthcare Civil Rights Grievance, P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

You must send the complaint within 60 days of when you found out about it. A decision will be sent to you within 30 days. If you disagree with the decision, you have 15 days to ask us to look at it again.

If you need help with your complaint, please call the toll-free phone number listed on your ID card, TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human Services.

Online: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Phone: Toll-free 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Mail: U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

We provide free services to help you communicate with us, such as letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the toll-free phone number listed on your ID card, TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call the toll-free phone number listed on your identification card.

ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打會員卡所列的免付費會員電話號碼。

XIN LU'U Y: Nếu quý vị nói tiếng Việt (Vietnamese), quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

알림: 한국어(Korean)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog (Tagalog), may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nasa iyang identification card.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является русским (Russian). Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية (Arabic)، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الرجاء الاتصال على رقم الهاتف المجاني الموجود على معزف العضوية الخاص بك.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen (Haitian Creole), ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki sou kat idantifikasyon w.

ATTENTION : Si vous parlez français (French), des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte d'identification.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku (Polish), udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej.

ATENÇÃO: Se você fala português (Portuguese), contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número encontrado no seu cartão de identificação.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'italiano (Italian), sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per favore chiamate il numero di telefono verde indicato sulla vostra tessera identificativa.

ACHTUNG: Falls Sie Deutsch (German) sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer auf der Rückseite Ihres Mitgliedsausweises an.

注意事項：日本語 (Japanese) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。健康保険証に記載されているフリーダイヤルにお電話ください。

توجه: اگر زبان شما فارسی (Farsi) است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگانی که روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी (Hindi) बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, नि:शुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने पहचान पत्र पर सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus Hmoob (Hmong), muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu deb dawb uas teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuag cim qhia tus kheej.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ ដែលមាននៅលើអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក។

PAKDAAR: Nu saritaem ti Ilocano (Ilocano), ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan iti toll-free a numero ti telepono nga nakalista ayan iti identification card mo.

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: Diné (Navajo) bizaad bee yánilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíik'eh, bee ná'ahóót'i. T'áá shòqdí ninaaltsoos nít'ízi bee nééhozinígíí bine'déé' t'áá jíik'ehgo béésh bee hane'í biká'ígíí bee hodiilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho Soomaali (Somali), adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka telefonka khadka bilaashka ee ku yaalla kaarkaaga aqoonsiga.