

Solicitud de continuidad de la atención

Objetivo

Rellene este formulario si desea solicitar servicios de continuidad de la atención. La continuidad de la atención significa que usted recibe servicios continuos, bajo ciertas condiciones y con su proveedor de atención médica actual hasta que este finalice la atención que le brinda.

Instrucciones

Afiliados nuevos de Sharp Health Plan:

Puede recibir servicios de continuidad de la atención en las siguientes situaciones:

1. Cuando usted recibe actualmente atención de un proveedor que no pertenezca a Sharp Health Plan.
○
2. Cuando su cobertura anterior concluyó debido a que: (a) se retiró del mercado el plan de salud en su área de servicio, o (b) el plan de salud dejó de ofrecer el plan de beneficios de salud correspondiente en su área de servicio.

Afiliados actuales de Sharp Health Plan:

Puede recibir servicios de continuidad de la atención en las siguientes situaciones:

1. Cuando su red de Sharp Health Plan haya cambiado.
○
2. Cuando su grupo médico del plan, hospital o proveedor de atención médica ya no tengan un contrato con Sharp Health Plan.

Es posible que la continuidad de la atención se brinde cuando usted o un miembro de su familia esté recibiendo un tratamiento activo para los siguientes problemas de salud: (1) problema de salud agudo; (2) problema de salud crónico grave; (3) embarazo; (4) enfermedad terminal; (5) cirugía pendiente u otro procedimiento; (6) atención de un hijo recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de vida.

Notas importantes: Su proveedor de atención médica solicitado debe aceptar prestarle servicios continuos a usted y estar sujeto a los mismos términos y condiciones del contrato y tarifas de pago similares que tienen otros proveedores de atención médica similares contratados por Sharp Health Plan. Usted **no** podrá recibir cobertura de continuidad de la atención en las siguientes situaciones:

- Es un afiliado nuevo y tuvo la oportunidad de afiliarse a un plan de salud con una opción fuera de la red.
- Tuvo la opción de continuar con su plan de salud anterior y, en cambio, eligió cambiar de plan de salud.
- Cuenta con una póliza individual, de Medicare, CalChoice o CCSB (Covered California para pequeñas empresas) y tuvo la opción de elegir un plan que le permitió quedarse con su proveedor de atención médica.

Enviar

Envíe un formulario por separado para cada proveedor. Los formularios que estén incompletos se devolverán y esto causará una demora en el procesamiento de su pedido. Envíe sus formularios completos por correo postal, en persona o por fax:



Por correo o personalmente:
Atención: Medical Management
8520 Tech Way, Suite 200
San Diego, CA 92123



Por fax:
Atención: Administración médica
(619) 740-8111

Información sobre el tratamiento del paciente		
Nombre del paciente:	N.º de id.:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): (/ /)
Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro (especifique)		
Problema de salud que se está tratando actualmente:		
Tratamiento recibido para el problema de salud:		
Información solicitada del proveedor		
Nombre:	Especialidad:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono: ()	Número de fax: ()	
Número de NPI del proveedor:	Fecha de la última visita (MM/DD/AA): (/ /)	
¿Tiene una cita programada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de su cita? MM/DD/AA: (/ /)		
¿Se sometió a una cirugía en el último año o tiene una cirugía programada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, especifique la cirugía y la fecha (MM/DD/AA): (/ /)		
Fecha de vencimiento prevista (si corresponde, MM/DD/AA): (/ /)	Hospital (si corresponde):	
Información del suscriptor y del plan		
Nombre del suscriptor:	Fecha de vigencia con Sharp Health Plan (MM/DD/AA): (/ /)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): (/ /)
Dirección particular:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono particular: ()	Número de teléfono laboral: ()	
Podemos llamarle al: <input type="checkbox"/> teléfono particular <input type="checkbox"/> teléfono laboral		
Empleador actual:	Nombre del seguro anterior:	

Autorización para utilizar o divulgar información médica

Al completar este documento, usted autoriza la divulgación o el uso de su información médica de identificación personal, según se establece a continuación, de conformidad con las leyes federales y de California con respecto a la privacidad de dicha información. No proporcionar toda la información puede invalidar esta autorización.

Uso y divulgación de la información médica protegida

Por la presente, autorizo a _____ (nombre del médico o proveedor de atención médica) a proporcionar a Sharp Health Plan registros médicos e información relacionada con la historia clínica, los problemas de salud, los servicios prestados o el tratamiento de _____ (nombre del paciente). Esta autorización se aplica a la siguiente información (marque solo una casilla):

- Toda la información médica, incluidos diagnósticos, proveedores, tratamientos y medicamentos
- Información limitada únicamente

Especifique el tipo de información: _____

Especifique el rango de fechas (del MM/DD/AA al MM/DD/AA): _____

Las leyes federales y estatales nos exigen que obtengamos una autorización específica para divulgar información especialmente confidencial. La información confidencial se define como el tratamiento o la documentación relacionada con los resultados de las pruebas de VIH y SIDA, la atención psiquiátrica y el tratamiento por abuso de drogas o alcohol. Intentaremos excluir automáticamente estos tipos de información, a menos que usted los identifique específicamente para su divulgación. Marque a continuación si autoriza a Sharp Health Plan a divulgar la totalidad o parte de la siguiente información confidencial.

También autorizo específicamente la divulgación de los siguientes tipos de información confidencial (marque las casillas para todas las opciones que correspondan):

- Atención psiquiátrica
- Tratamiento por abuso de sustancias
- Resultados de las pruebas de VIH y SIDA

Vencimiento

Esta autorización vencerá el (MM/DD/AA): (_____ / _____ / _____)

Si no se selecciona una fecha de vencimiento, este documento estará en vigencia hasta que envíe una solicitud por escrito para revocar esta autorización.

Aviso de derechos y otra información

- Puedo negarme a firmar esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Sharp Health Plan. Mi revocación entrará en vigencia una vez recibida, pero no estará en vigor en la medida en que otras personas hayan actuado teniendo en cuenta esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Comprendo que Sharp Health Plan no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios al hecho de que yo proporcione o me niegue a proporcionar esta autorización, excepto en circunstancias limitadas descritas en el Aviso de prácticas de privacidad.
- Entiendo que el destinatario podría volver a revelar la información divulgada de conformidad con esta autorización y que dichos datos podrían no estar protegidos por la ley federal de confidencialidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]). Sin embargo, las leyes de California prohíben que la persona que recibe mi información médica continúe divulgando dicha información, a menos que yo proporcione otra autorización para dicha divulgación o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que autorizo para su uso o divulgación.
- Sé que Sharp Health Plan no puede utilizar ni divulgar mi información médica protegida (protected health information, PHI) para otros fines que no sean los descritos en este formulario, a menos que yo proporcione otra autorización o que dicho uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley.
- Por el presente, eximo a Sharp Health Plan de toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de esta información a la parte mencionada en este formulario.
- **Comprendo que Sharp Health Plan revisará esta solicitud de Beneficios de continuidad de la atención a través de su proceso de revisión de uso habitual y apropiado, y la administrará de acuerdo con mi plan de beneficios de Sharp Health Plan. Recibiré por escrito la aprobación o el rechazo de Sharp Health Plan de esta solicitud. Entiendo que los servicios solicitados no están aprobados por Sharp Health Plan, a menos que se autorice específicamente por escrito. Además, sé que, si se rechaza mi solicitud, tengo derecho a apelar esa decisión.**

Nombre del paciente:

Firma del paciente:

Fecha (MM/DD/AA):

x

(/ /)

Solo para uso interno

Fecha de recepción (MM/DD/AA): (/ /)