



Solicitud de cobertura de transición

Personal y confidencial

Este formulario se aplica a los miembros completamente asegurados del plan Tradicional (no HMO) de California.

Categoría de ECHS – TCRF

Planes voluntarios de Aetna

PO Box 14079

Lexington, KY 40512-4079

En el reverso encontrará respuestas a las preguntas frecuentes sobre la cobertura de transición de atención. Léalas antes de completar este formulario.

Esta es una solicitud para que Aetna cubra la atención actual en el nivel de beneficios más alto de parte de alguno de los siguientes:

- un **médico fuera de la red**;
- **otros proveedores de atención de salud** que lo hayan tratado.

Una vez que hayamos revisado su formulario completo, le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión respecto de su solicitud de cobertura de transición de atención.

Paso 1: Complete las siguientes secciones:

1. Sección 1: Información del grupo o empleador.
2. Sección 2: Información del paciente y del solicitante. (La información del plan de Aetna se encuentra en el frente de la tarjeta de identificación [o ID] de Aetna).
3. Sección 3: Autorización. Lea la autorización, firme el formulario y póngale la fecha. (Si el paciente tiene 17 años de edad o más, también debe firmar este formulario y ponerle la fecha).

Paso 2: Entregue el formulario al médico para que complete la sección 4.

Paso 3: Envíe el formulario completo por **fax** a Aetna para su revisión. Nota: Complete un formulario para cada proveedor de atención de salud.

NOTA: **No** corresponde solicitar cobertura de transición de atención si su proveedor es parte de la red de Aetna (participante). Consulte el directorio de proveedores en línea *DocFind*[®] en www.aetna.com/voluntary. De esta manera, podrá saber si su médico pertenece a la red u obtener ayuda para encontrar un proveedor participante en su plan de Aetna. También puede comunicarse con nosotros al número que figura en su tarjeta de identificación de Aetna.

Envíe las solicitudes médicas por fax al 1-859-455-8650.

Asegúrese de completar todos los campos de la página 4 antes de enviar este formulario. Esto acelerará el procesamiento de su solicitud de cobertura de transición de atención.

P. ¿Qué es la cobertura de transición de atención de California?

R. La cobertura de TOC (*Transition-of-Care*, transición de atención) minimiza las interrupciones y permite que el miembro continúe recibiendo atención sin multas, por un período de transición, al nivel de beneficios preferido del plan, incluso cuando el proveedor de atención de salud no pertenece a la red de Aetna. La cobertura de TOC se aplica a los siguientes tipos de proveedores: profesionales médicos individuales, grupos médicos, asociaciones de práctica independiente, hospitales de atención de agudos o instituciones habilitadas de California que prestan servicios de atención de salud. Entre los ejemplos de profesionales médicos individuales se incluyen médicos, psiquiatras, terapeutas habilitados y profesionales, profesionales auxiliares o de apoyo y proveedores calificados de servicios relacionados con el autismo.

En California, se brinda cobertura de TOC en algunas circunstancias para los servicios cubiertos necesarios en los siguientes casos:

- Embarazo: Incluye los tres trimestres de embarazo y el período de posparto inmediato.
- Enfermedad aguda, que implica la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, una lesión, enfermedad mental grave u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y que tiene una duración limitada. Los servicios cubiertos se prestarán durante el período de duración de la enfermedad aguda.
- Cirugía u otro procedimiento previamente programado como parte de un tratamiento. Debe existir documentación que respalde la recomendación del proveedor para que ocurra dentro de los 180 días de la terminación del contrato del proveedor o dentro de los 180 días de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de una persona inscrita recientemente.
- Una enfermedad terminal es una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte dentro de un año o menos. Los servicios cubiertos se prestarán durante el período de duración de la enfermedad terminal.
- Enfermedad crónica grave o enfermedad mental grave causada por una enfermedad, dolencia u otro problema o trastorno médico grave, que persiste sin que se logre una recuperación total, que empeora durante un largo período o que requiere un tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro. Los servicios cubiertos se prestarán durante el período necesario para terminar el tratamiento y organizar un traspaso seguro a otro proveedor, según lo determine el plan de salud, con la aprobación del miembro y del proveedor no participante o cuyo contrato ha finalizado, conforme a las buenas prácticas profesionales. La cobertura no excederá los 12 meses a partir de la fecha de finalización del contrato o los 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de una persona inscrita recientemente.
- Cualquier servicio relacionado con la atención de niños de 0 a 36 meses de edad por hasta 12 meses contados a partir de la fecha de finalización del contrato del proveedor o de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de una persona inscrita recientemente.

P. ¿Cuándo se aplica la cobertura de TOC de California y cuándo la de Aetna?

R. A continuación presentamos las situaciones en las que se podría considerar la cobertura de TOC:

- TOC de California: Usted es un miembro existente de un **plan Tradicional (no HMO) de Aetna y el contrato de su proveedor participante con Aetna finaliza** mientras usted está recibiendo los servicios de ese proveedor por una de las enfermedades antes descritas en el momento de la finalización del contrato.
- TOC estándar de Aetna: **Usted es una persona recientemente inscrita en un plan Tradicional (no HMO)**, el tratamiento de las afecciones enumeradas anteriormente debe haber comenzado antes de la fecha de inscripción o de reinscripción y una de las siguientes afirmaciones es verdadera:
 - Su proveedor no pertenece a la red de Aetna.

P. ¿Qué es la cobertura de TOC de Aetna?

R. La cobertura de TOC de Aetna se considera para los tratamientos activos, es decir, cuando usted ya ha iniciado un programa de servicios planificados con su médico para corregir o tratar una enfermedad diagnosticada. La fecha de inicio es la fecha del primer servicio o tratamiento. Este tipo de tratamiento cubre una cierta cantidad de servicios o un cierto período de tratamiento en situaciones especiales. Entre los ejemplos de tratamientos activos se incluyen los siguientes:

- Mujeres que se inscriben en Aetna con más de 20 semanas de embarazo. Las mujeres con menos de 20 semanas de embarazo que, según confirmación de Aetna, son casos de alto riesgo, se revisan de forma individual.
- Mujeres con 14 semanas de embarazo o más que están recibiendo atención de un profesional participante de Aetna cuya designación en la red cambia.
- Miembros que siguen un plan de tratamiento en curso, como quimioterapia o radioterapia.
- Miembros que sufren una enfermedad terminal y tienen una esperanza de vida de seis meses o menos.
- Miembros que necesitan más de una cirugía para una enfermedad, como la reparación de paladar hendido.
- Miembros que recientemente se han sometido a una cirugía.
- Miembros que reciben tratamiento ambulatorio por una enfermedad mental o por abuso de sustancias. (El miembro debe haber tenido como mínimo una sesión de tratamiento dentro de los 30 días anteriores a la fecha de cambio de estado del miembro o del proveedor de atención de salud participante).
- Miembros con una enfermedad existente o que los incapacita y que empeora repentinamente.
- Miembros que podrían necesitar un trasplante de órganos o de médula ósea, o a quienes se les ha realizado uno de ellos.

Para los miembros que se han inscrito recientemente en un plan Tradicional (no HMO) de Aetna, la cobertura de TOC estándar de Aetna habitualmente dura 90 días, aunque esto puede variar según su enfermedad (por ejemplo, en el caso de un embarazo).

Para tener posibilidades de recibir cobertura de TOC, el tratamiento debe haber comenzado 1) antes de la fecha de inscripción o reinscripción; 2) antes de la fecha en que su médico dejó de pertenecer a la red de Aetna o 3) antes de que cambiara la designación en la red de un médico.

**Preguntas y respuestas sobre la cobertura de transición de atención de Aetna
Productos completamente asegurados del plan Tradicional de California (continuación)**

- P. ¿Qué otros tipos de proveedores, además de los médicos, podrían considerarse para la cobertura de TOC?**
- R. La cobertura de TOC también puede aplicar a fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla y agencias que prestan servicios de atención domiciliar especializada, como las visitas de enfermeras. Los proveedores que se tienen en cuenta para la cobertura de TOC pueden variar según la afección, como se describió anteriormente, de acuerdo con la ley de California. La cobertura de TOC de California no se aplica a los prestadores de equipo médico duradero ni de servicios de farmacia.
- P. Si mi médico me está tratando actualmente, ¿por qué podría no aprobarse mi solicitud de cobertura de TOC de California o estándar de Aetna?**
- R. Si está recibiendo tratamiento actualmente, el procedimiento o servicio debe ser un beneficio cubierto. Su médico también debe aceptar los términos que se explican en el formulario de solicitud de cobertura de TOC.
- P. Mi PCP (Primary Care Provider, proveedor de cuidado primario) ya no es un proveedor de Aetna. Si mi plan requiere que elija a un PCP, ¿podré continuar viendo a mi médico?**
- R. Si está recibiendo tratamiento actualmente (como se describe más arriba) de su PCP, usted podrá continuar visitándolo, incluso si deja de pertenecer a la red. De no ser así, es posible que sea necesario que seleccione un PCP de la red de Aetna. Hable con su PCP para que pueda ayudarlo en las necesidades de atención de salud que puedan surgir en el futuro.
- P. ¿Cómo me inscribo para recibir cobertura de TOC?**
- R. Comuníquese con su empleador o con el Departamento de Beneficios. Usted o su médico deben presentar un formulario de solicitud de cobertura de TOC ante Aetna:
- dentro de los 90 días posteriores a su inscripción o reinscripción;
 - dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que el proveedor dejó de pertenecer a la red de Aetna;
 - dentro de los 90 días posteriores al cambio de designación en la red de un médico.
- P. ¿Cómo sé si se aprueba mi solicitud de cobertura de TOC?**
- R. Recibirá una carta por el correo de los Estados Unidos. Allí podrá ver si su solicitud ha sido aprobada o no.
- P. ¿La cobertura de TOC se aplica al plan Traditional Choice®?**
- R. No. Este plan no tiene una red de proveedores.
- P. ¿Qué sucede si tengo un plan con una red Aexcel o específica del patrocinador del plan?**
- R. Si se aprueba la cobertura de TOC, usted aún puede recibir atención al nivel más alto de beneficios durante un cierto período. Si continúa el tratamiento con ese médico después del período de tiempo aprobado, su cobertura seguirá lo que se establece en el diseño de su plan. Esto significa que sus beneficios se pueden reducir o dejar de brindarse.
- P. ¿Qué debo hacer si tengo más preguntas sobre la cobertura de TOC?**
- R. Llame al número de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de Aetna. Si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental de la TOC, puede llamar al número de Servicios al Cliente incluido en su tarjeta de identificación de Aetna o, si está impreso, al número de servicios de salud mental o del comportamiento.

1. Información del empleador o grupo (Importante: Complete un formulario por separado para cada miembro o proveedor).

Nombre del grupo o empleador (escriba en letra de imprenta)	N.º de control del plan	Fecha de entrada en vigor del plan (obligatorio)
---	-------------------------	--

2. Información del paciente y del solicitante

Nombre del solicitante (escriba en letra de imprenta)	N.º de identificación de Aetna del solicitante	
Dirección del solicitante (escriba en letra de imprenta)		
Nombre del paciente (escriba en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de teléfono
Dirección del paciente (escriba en letra de imprenta)	Producto o tipo de plan	
N.º de teléfono del paciente o solicitante que presenta la solicitud (para llamados de 9 a. m. a 5 p. m.)	Fecha del último tratamiento anterior al comienzo de la cobertura de Aetna (si corresponde)	

3. Autorización

Solicito que se apruebe la cobertura de la atención actual que brinda el proveedor de atención de salud que figura más abajo para el tratamiento que comenzó antes de mi fecha de entrada en vigor con Aetna, antes de que finalizara el contrato del proveedor con la red de Aetna o antes de que cambiara la designación en la red del proveedor. Si se aprueba, comprendo que la autorización de cobertura para los servicios que se indican a continuación tendrá validez por un período limitado. Autorizo al proveedor de atención de salud a enviar a Aetna toda la información o los registros médicos necesarios para que pueda tomarse una decisión.

Firma del paciente (obligatoria si el paciente tiene 17 años de edad o más)	Fecha (MM/DD/AAAA)
Firma del padre o de la madre (obligatoria si el paciente tiene 16 años de edad o menos)	Fecha (MM/DD/AAAA)

4. Información del proveedor (Importante: Brinde toda información específica que pueda ayudar a evitar demoras en el procesamiento de esta solicitud).

Nombre del médico tratante u otro proveedor de atención de salud (escriba en letra de imprenta)	N.º de teléfono
Nombre del contacto en el consultorio para hacer preguntas	
Dirección del médico tratante u otro proveedor de atención de salud (escriba en letra de imprenta)	N.º de identificación fiscal
Firma del médico tratante u otro proveedor de atención de salud	Fecha (MM/DD/AAAA)

El paciente antes mencionado es un miembro de Aetna a partir de la fecha de entrada en vigor que se indicó anteriormente. Entendemos que usted no es un proveedor participante de la red de Aetna o que en un futuro cercano dejará de serlo. El paciente solicitó la cobertura de su atención durante un período específico. Esto se debe a una enfermedad, como un embarazo, que se considera un tratamiento activo. El tratamiento activo se define como "un programa de servicios planificados que comienza en la fecha en que el proveedor presta el primer servicio para corregir o tratar la enfermedad diagnosticada, cubre una cantidad de servicios o un período de tratamiento definidos e implica una situación calificadora". Por favor, informe brevemente cuál es la enfermedad actual y el plan de tratamiento del paciente. En el caso de un embarazo, indique la fecha estimada de parto. Si aprobamos esta solicitud, usted acepta lo siguiente:

- Brindar tratamiento al paciente y realizar el seguimiento.
- No solicitar a este paciente el pago de ningún monto que no sea responsabilidad del paciente conforme a su plan de beneficios (por ejemplo, copagos, deducibles y costos de desembolso).
- Compartir información acerca del tratamiento del paciente con nosotros.
- También acepta utilizar la red de Aetna para cualquier remisión, estudios de laboratorio o internaciones para servicios que no son parte del tratamiento solicitado.

Complete la siguiente información sobre el diagnóstico y el tratamiento

Diagnóstico (incluya los códigos de la ICD)	Tratamiento (incluya los códigos relacionados)	Fecha de inicio del tratamiento	Fechas de tratamientos actuales y anticipados
1.			
2.			

Declaraciones falsas. Atención, residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el siguiente aviso: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Aviso escrito de disponibilidad de asistencia lingüística del DOI (Department of Insurance, Departamento de Seguros)

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-877-287-0117. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357 English

Servicios de idiomas sin costo. Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-877-287-0117. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

免費語言服務。 您可獲得口譯員服務，用中文把文件唸給您聽。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-877-287-0117 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch và được người khác đọc giúp các tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-877-287-0117. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-877-287-0117번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-877-287-0117. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

Անվճար Լեզվախոս Ծառայություններ: Ղուրկ կարող եք թարգման և լսողական և վստաստարությունը ընթերցել ստալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) ստախի վրա նշված կամ 1-877-287-0117 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Աստանվարության Բաժանմունք: Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-877-287-0117. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Russian

無料の言語サービス 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-877-287-0117までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

خدمات مجاني مربوط به زبان. می توانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده است و یا این شماره 1-877-287-0117 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-877-287-0117 'ਤੇ ਸਾਨ ਫ਼ਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰ ਮਦਦ ਲਈ ਕੋਲੀਡੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមាន បង្ហាញលើកាត់សំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-877-287-0117 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمه بدون تکلفة. يمكنك الحصول على مترجم وقراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك أو على الرقم 1-877-287-0117. للحصول على المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357 Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau pab ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-877-287-0117. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong