



Formulario de Solicitud de Continuidad de la Atención

N.º de fax:
 Plan Medi-Cal/Planes Cal MediConnect:
 866-295-4780
 Planes de Medicare y comerciales:
 844-694-9165

Fecha de hoy: _____

Para evitar demoras en el procesamiento, se debe completar la totalidad del formulario. Escriba con letra de imprenta.

Nombre del paciente (apellido, nombre e inicial del segundo nombre):	Número para devolución de llamadas del paciente:	N.º de identificación de Health Net:
Dirección del paciente (calle, ciudad y código postal):		
Médico de atención primaria asignado al paciente:	Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa):	

Es posible que pueda continuar recibiendo servicios de su médico que no pertenece a Health Net. Revisaremos la solicitud conforme a su cobertura para beneficios de continuidad de la atención.

Nombre del médico que el paciente solicita la continuidad de la atención:		
Dirección del médico (calle, ciudad y código postal):		
Número de teléfono del médico: ()		
Fecha de la próxima cita programada:	Motivo de la cita:	
¿El médico que solicita tiene contrato con Health Net? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El médico que solicita tiene contrato con el grupo médico asignado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente visitó al médico al menos una vez en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Indíquenos por qué el paciente necesita ayuda con su atención médica actual. Escriba los tipos de servicios que solicita:		
Firma del paciente o nombre del representante de Health Net que recibe la solicitud:		
Diagnóstico del paciente:	Código de CPT del paciente:	

Los pacientes pueden pedirles a los médicos que llenen el formulario con su información. Complete el formulario y envíelo a Health Net.

Dirección postal:

Health Net – Coordination of Care Unit
 PO Box 10422, Van Nuys, CA 91410-0422

N.º de fax:

Plan Medi-Cal/Planes Cal MediConnect: 866-295-4780
 Planes de Medicare y comerciales: 844-694-9165

Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net:

Cal MediConnect: Los Angeles: 1-855-464-3571 **San Diego:** 1-855-464-3572

Medi-Cal: 1-800-675-6110

TTY: Todos los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Planes individuales y familiares dentro del Mercado de Seguros de Salud/Covered California: 1-888-926-4988 (TTY: 711)

Planes individuales y familiares que no pertenecen al Mercado de Seguros de Salud: 1-800-839-2172 (TTY: 711)

Grupos de empleadores: 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Para obtener más información, visite www.healthnet.com.

Health Net Community Solutions, Inc. es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, Inc. Todos los derechos reservados.