



Health Net®

Transición de la Atención

Formulario de Solicitud de Asistencia

Health Net of California

Entendemos que puede estar obteniendo atención de parte de un proveedor no contratado por Health Net. Si considera que está pasando por una situación especial debido a la cual su atención no podría transferirse a un proveedor de la red de Health Net en la fecha de cambio de su plan, o en la fecha de nueva inscripción en Health Net, puede solicitar que Health Net revise su situación especial. En determinadas circunstancias, usted tiene derecho a la continuidad de la atención con este proveedor no contratado.

Para solicitar dicha revisión, proporcione la siguiente información de la manera más completa y precisa posible para evitar retrasar el procesamiento de su solicitud. Usted o su representante autorizado pueden completar el formulario. Si es posible, llene la Sección 1, que aparece en el reverso del formulario, y luego entregue este formulario a su proveedor para que complete la Sección 2 a fin de ayudarnos a procesar su solicitud de continuidad de la atención.

Nombre del afiliado:		Nombre del suscriptor:	
N.º de identificación del suscriptor:		Fecha de nacimiento del afiliado:	
Marque una opción: Planes Comerciales <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS/PPO Medicare Advantage <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO			
Dirección del afiliado:			
N.º de teléfono del afiliado (trabajo):		N.º de teléfono del afiliado (hogar):	
N.º más conveniente para llamar de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.:			
De:			
Grupo médico/Cía. de seguros:		N.º de teléfono:	
Médico de atención primaria:		N.º de teléfono:	
A:			
Grupo médico/Cía. de seguros:		N.º de teléfono:	
Médico de atención primaria:		N.º de teléfono:	
Descripción del diagnóstico/de la condición actual:		Tratamiento/s actual/es:	
<i>Motivo/s por el/los que solicita asistencia (marque todos los que correspondan)</i>			
Mi/s necesidad/es médica/s es/son (marque todas las que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Embarazo y posparto inmediato <input type="checkbox"/> Seguimiento quirúrgico <input type="checkbox"/> Atención del recién nacido <input type="checkbox"/> Procedimiento/cirugía programado/a <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Condición aguda <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Condición crónica grave <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Enfermedad terminal <input type="checkbox"/> Servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios <input type="checkbox"/> Visita al consultorio de un especialista			
Nombre del/de los especialista/s:		N.º de teléfono:	
Nombre del/de los especialista/s:		N.º de teléfono:	
Nombre del/de los especialista/s:		N.º de teléfono:	
Fecha de la cita programada:		N.º de autorización si está disponible:	
Autorización por parte de:			

(continúa)

Otros comentarios/necesidades especiales

Adjunte otra hoja para incluir información adicional si es necesario.

Firma del afiliado:	Fecha:
Si lo llena otra persona que no sea el afiliado:	
Nombre del solicitante:	Parentesco con el afiliado:
N.º de teléfono:	Fecha:

Si es posible, complete la parte de adelante de este formulario junto con la Sección 1, que aparece a continuación, y solicite a su proveedor que complete la Sección 2. Esto no es obligatorio, pero acelerará la revisión de su solicitud.

Sección 1 – Información sobre el paciente (debe ser completada por el afiliado a Health Net)		
Nombre del suscriptor:	N.º de identificación de Health Net (si está disponible):	
Dirección:		
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	N.º de teléfono:
Nombre del proveedor tratante que no pertenece a la red:	N.º de teléfono:	

Tenga en cuenta que su proveedor puede pedirle que complete una Autorización para la Divulgación de Información.

Section 2 – Provider information (to be completed by the provider)
Sección 2 – Información sobre el proveedor (debe ser completada por el proveedor)

Your patient has requested that Health Net cover care provided by you for a specific diagnosis and period of time. If you agree to continue to see your patient and accept Health Net's standard rates, please provide the requested information so that we can evaluate your patient's request. If you are not willing to accept Health Net's standard rates, please indicate so below.

Please check one option: <input type="checkbox"/> Agree to continue to see your patient accepting Health Net's standard rates. <input type="checkbox"/> Not willing to continue to see your patient. You may skip section below.	
Diagnosis:	ICD code(s):
Expected duration of transition:	
Treatment/treatment plan:	
Treatment/surgical date:	For pregnancies, EDC:
CPT code(s):	
Non-network treating provider name (print):	Phone #:
Tax ID #:	
Non-network treating provider signature:	Date:

Envíe por fax este formulario completado y toda la documentación de respaldo que considere conveniente al Departamento de Transición de la Atención de Health Net al 1-866-295-4780.

O puede enviarlos por correo postal a:
 Health Net of California Transition of Care Unit
 Health Services – 4th Fl.
 PO Box 9103
 Van Nuys, CA 91409

Es posible que el Departamento de Transición de la Atención se comunique con usted al número que indicó más arriba para obtener información adicional o para resolver la solicitud de su paciente. Gracias por su pronta atención respecto de este asunto. Tenga en cuenta que llenar el formulario de Transición de la Atención no garantiza que se cubran los servicios solicitados. Cada caso se revisa con las pautas y los criterios establecidos.