EmblemHealth | UnitedHealthcare

Formulario de Continuidad del Cuidado de la Salud

Para llenar este formulario

- Descargue y guarde el formulario en su dispositivo.
- Asegúrese de completar todos los campos. Una vez que los haya completado, el miembro para el que se solicita la Continuidad del Cuidado de la Salud deberá firmarlo. Si el paciente es menor de edad, deberá firmar un tutor. Use la firma automática para firmar de manera electrónica y guarde el formulario completado en su dispositivo.
- Le recomendamos que solicite la Continuidad del Cuidado de la Salud dentro de los 30 días siguientes a la fecha de cancelación del proveedor de cuidado de la salud, como se indica en la carta que recibió.
- Se deberá llenar un formulario de Continuidad del Cuidado de la Salud por separado por cada condición por la cual usted o sus dependientes deseen obtener la Continuidad del Cuidado de la Salud.

Para presentar su formulario

Tanto usted como su proveedor pueden devolver el formulario completado junto con los registros médicos y la información correspondiente por correo, fax o por Internet. Ya sea que usted o su proveedor envíe el formulario completado, le recomendamos que obtenga una copia del formulario completado para sus registros.

Por correo postal: NYCE PPO Continuity of Care, P.O. Box 8042, Wausau, WI 54402-8042
Por fax: 855-229-4454

Por Internet

1. Inicie sesión en **nyceppo.com** o cree su cuenta.
2. Seleccione **"Contact us" (Comuníquese con nosotros)** en la parte superior de la pantalla.
3. En la ventana **"Message center" (Centro de mensajes)**, complete la información necesaria.
4. En el menú desplegable de la línea de **"Subject" (Asunto)**, seleccione **"Submit Continuity of Care form" (Presentar formulario de Continuidad del Cuidado de la Salud)**.
5. Cargue su formulario de Continuidad del Cuidado de la Salud firmado.
6. Seleccione **"Submit"** (Presentar).

Nota: Después de recibir su solicitud, revisaremos y evaluaremos la información proporcionada. Una vez que se haya tomado una determinación, le enviaremos una carta para informarle si su solicitud fue aprobada, denegada o si el formulario está incompleto y no se puede tomar ninguna determinación. Completar este formulario no garantiza que se conceda la solicitud de Continuidad del Cuidado de la Salud.

Información del paciente

Nombre completo de la persona que recibe tratamiento _____ Fecha de nacimiento ___/___/_____ (MM DD AAAA)

Número de ID de miembro (consulte la tarjeta de ID de NYCE PPO) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono ____-____-____

Nombre del plan NYCE PPO Número de ID de grupo 76-417151

Relación del paciente con el empleado Individual Cónyuge Dependiente Otras _____

Autorización para divulgar registros:

Autorizo a todos los médicos y a otros profesionales o centros de cuidado de la salud a proporcionar información concerniente al cuidado médico, asesoramiento, tratamiento o suministros para el paciente que se menciona anteriormente. Esta información se usará para determinar si el miembro cumple los requisitos para obtener los beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud en virtud del plan.

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

Fecha ___/___/_____ (MM DD AAAA)

(Continúa)

Proveedor de cuidado Su profesional de cuidado de la salud debe completar la siguiente información.

Nombre completo del proveedor _____ Fecha de cancelación del proveedor ___/___/_____ (MM DD AAAA)

Número de ID fiscal (TIN) del proveedor _____ Número de teléfono del proveedor ___-___-_____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Hospital _____ Número de teléfono del hospital ___-___-_____

Diagnóstico primario (ICD10) _____

Diagnósticos secundarios (ICD10) _____

Duración prevista del tratamiento (hasta 90 días desde la cancelación del proveedor) _____

Fecha de la última visita ___/___/_____ (MM DD AAAA) Próxima cita programada ___/___/_____ (MM DD AAAA)

En caso de maternidad, fecha prevista de parto ___/___/_____ (MM DD AAAA)

Seleccione 1 de las descripciones si corresponde

Condición potencialmente mortal	Condición aguda	Trasplante	Paciente hospitalizado/recluido
Cirugía prevista	Discapacitado/discapacidad	Enfermedad terminal	Tratamiento en curso

Tratamientos actuales y relacionados/comentarios (incluir todos los códigos de Terminología de Procedimientos Actuales [Current Procedural Terminology, CPT] relevantes)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Comprendemos que usted no es proveedor participante en nuestra red, o que pronto dejará de serlo. Nuestro miembro está recibiendo tratamiento de parte de usted para la enfermedad indicada anteriormente y está buscando la continuación de la cobertura en el nivel de beneficios dentro de la red. Si el miembro cumple los requisitos, usted acepta (1) prestar el servicio cubierto, incluido cualquier cuidado de seguimiento cubierto en virtud del plan del miembro, por el plazo aplicable, (2) seguir nuestras normas y procedimientos, (3) a solicitud, compartir con nosotros información sobre el tratamiento del miembro, (4) si corresponde, realizar referencias para la prestación de servicios, incluidos servicios de laboratorio a proveedores de la red, o solicitar nuestra aprobación antes de referir a un miembro a un proveedor fuera de la red, y (5) si corresponde, solicitar cualquier preaprobación requerida antes de la prestación de los servicios. Tenga en cuenta lo siguiente:

Para los proveedores que dejarán nuestra red, los términos y las condiciones de su acuerdo de participación seguirán aplicándose al servicio cubierto, incluido cualquier cuidado de seguimiento cubierto por el plan del miembro. El pago en virtud de su acuerdo de participación, junto con cualquier copago, deducible o coseguro del que el miembro es responsable en virtud del plan, es el pago total por el servicio cubierto. Usted no buscará recuperar ni aceptará ningún pago que exceda esta cantidad por parte del miembro, de nosotros o de algún pagador o de cualquiera que actúe en nombre de estos o en nuestro nombre, independientemente de si dicha cantidad es menor del cargo que usted facturó o de su cargo habitual.

Firma del profesional de cuidado de la salud _____ Cargo _____

Fecha ___/___/_____ (MM DD AAAA)

(Continúa)

Proveedor de cuidado Su centro de cuidado de la salud debe completar la siguiente información.

Nombre completo del centro _____ Fecha de cancelación del centro ___/___/_____ (MM DD AAAA)

Número de ID fiscal (TIN) del centro _____ Número de teléfono del centro ___-___-_____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Hospital _____ Número de teléfono del hospital ___-___-_____

Diagnóstico primario (ICD10) _____

Diagnósticos secundarios (ICD10) _____

Duración prevista del tratamiento (hasta 90 días desde la cancelación del proveedor) _____

Fecha de la última visita ___/___/_____ (MM DD AAAA) Próxima cita programada ___/___/_____ (MM DD AAAA)

En caso de maternidad, fecha prevista de parto ___/___/_____ (MM DD AAAA)

Seleccione 1 de las descripciones si corresponde

Condición potencialmente mortal	Condición aguda	Trasplante	Paciente hospitalizado/recluido
Cirugía prevista	Discapacitado/discapacidad	Enfermedad terminal	Tratamiento en curso

Tratamientos actuales y relacionados/comentarios (incluir todos los códigos de Terminología de Procedimientos Actuales relevantes)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Comprendemos que usted no es proveedor participante en nuestra red, o que pronto dejará de serlo. Nuestro miembro está recibiendo tratamiento de parte de usted para la enfermedad indicada anteriormente y está buscando la continuación de la cobertura en el nivel de beneficios dentro de la red. Si el miembro cumple los requisitos, usted acepta (1) prestar el servicio cubierto, incluido cualquier cuidado de seguimiento cubierto en virtud del plan del miembro, por el plazo aplicable, (2) seguir nuestras normas y procedimientos, (3) a solicitud, compartir con nosotros información sobre el tratamiento del miembro, (4) si corresponde, realizar referencias para la prestación de servicios, incluidos servicios de laboratorio a proveedores de la red, o solicitar nuestra aprobación antes de referir a un miembro a un proveedor fuera de la red, y (5) si corresponde, solicitar cualquier preaprobación requerida antes de la prestación de los servicios. Tenga en cuenta lo siguiente:

Para los proveedores que dejarán nuestra red, los términos y las condiciones de su acuerdo de participación seguirán aplicándose al servicio cubierto, incluido cualquier cuidado de seguimiento cubierto por el plan del miembro. El pago en virtud de su acuerdo de participación, junto con cualquier copago, deducible o coseguro del que el miembro es responsable en virtud del plan, es el pago total por el servicio cubierto.
Usted no buscará recuperar ni aceptará ningún pago que exceda esta cantidad por parte del miembro, de nosotros o de algún pagador o de cualquiera que actúe en nombre de estos o en nuestro nombre, independientemente de si dicha cantidad es menor del cargo que usted facturó o de su cargo habitual.

Firma del representante designado del centro _____ Cargo _____

Fecha ___/___/_____ (MM DD AAAA)

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: La información que aparece en este documento se considera información comercial confidencial o de propiedad exclusiva. Consecuentemente, esta información podría ser usada solo por la persona o la entidad a la cual esté dirigida. Los receptores serán responsables de usar y proteger esta información comercial de propiedad exclusiva de divulgaciones adicionales o del uso indebido, de acuerdo con las obligaciones contractuales del receptor en virtud de cualquier acuerdo de servicios administrativos aplicable, contrato de póliza de grupo, acuerdo de no divulgación u otro contrato o ley aplicable. La información que recibió podría contener información de salud protegida (protected health information, PHI) y debe manejarse de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables, incluidas, entre otras, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Las personas que usen de forma indebida dicha información podrían quedar sujetas a sanciones penales y civiles.

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud para un seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho importante para esto, podría cometer un acto de seguro fraudulento, que podría representar un delito, y también podría estar sujeto a una sanción civil por cada infracción.

© 2025 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados. UMF0005-NYCE-SP 1125 UA
Ninguna parte de este documento puede reproducirse sin autorización.

EmblemHealth | UnitedHealthcare