

Formulario de Transición del Cuidado de la Salud

Para llenar este formulario

- Asegúrese de completar todos los campos. Su profesional de cuidado de la salud debe llenar la sección para el proveedor de cuidado.
- Cuando el formulario esté completo, deberá firmarlo el miembro para el cual se solicita la Transición del Cuidado de la Salud. Si el paciente es menor de edad, deberá firmar un tutor.
- Debe llenar y enviar el formulario de Transición del Cuidado de la Salud en un plazo no mayor de 60 días a partir de la fecha de vigencia de la cobertura.
- Se deberá llenar un formulario de Transición del Cuidado de la Salud por separado por cada enfermedad por la cual usted o sus dependientes deseen obtener la Transición del Cuidado de la Salud.

Envío del formulario

Envíe el formulario completado junto con la información y los registros médicos pertinentes a:

Por correo postal: New York City Employees PPO (NYCE PPO) plan Transition of Care, P.O. Box 8042, Wausau, WI 54402-8042

Por fax: 877-293-4926.

Para enviarlo por Internet

1. Inicie sesión en **nyceppo.com** o cree su cuenta.
2. Elija **"Message center" (Centro de mensajes)** en la parte superior de la pantalla.
3. Luego elija **"Email" (Correo electrónico)** y elija **"Compose a new message" (Redactar un nuevo mensaje)**.
4. En el menú desplegable **"Subject line" (Asunto)**, elija **"Medical – Benefits/Claims" (Servicios Médicos: Beneficios o Reclamos)**.
5. Cargue su formulario de Transición del Cuidado de la Salud firmado.
6. Elija **"Submit" (Enviar)**.

Nota: Después de recibir su solicitud, el plan NYCE PPO revisará y evaluará la información proporcionada. Los formularios que estén incompletos se devolverán al solicitante. Llenar este formulario no garantiza que se conceda la solicitud de Transición del Cuidado de la Salud.

Información sobre el 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** Fecha de inscripción en el plan NYCE PPO / /
MM DD AAAA

Relación del paciente con el empleado Cónyuge Dependiente Otro _____

Autorización para divulgar registros:

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

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

Fecha / /
MM DD AAAA

Sección para el proveedor de cuidado Su profesional de cuidado de la salud debe llenar la siguiente información.

Nombre (médico tratante u otro profesional de cuidado de la salud) _____ Número de Identificador Nacional de Proveedor (NPI) o de ID fiscal (TIN): _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

Nombre del centro _____ NPI o TIN _____ Ciudad _____ Estado _____

Teléfono del centro _____ Fecha de la última visita / / Próxima cita programada / /
MM DD AAAA MM DD AAAA

Frecuencia de las visitas _____ Diagnóstico _____ Duración esperada del tratamiento _____

Si es por maternidad, fecha prevista de parto / /
MM DD AAAA

Elija las descripciones de servicio que se apliquen:

- Enfermedad potencialmente mortal Enfermedad aguda Trasplante Paciente hospitalizado o internado
Una próxima cirugía Discapacitado o discapacidad Enfermedad terminal
Salud mental o consumo de sustancias Tratamiento continuo

¿Es el tratamiento para una exacerbación de una lesión o enfermedad crónica previa? Sí No

Enfermedad actual y plan de tratamiento asociado

(incluya una explicación breve y todos los códigos de Terminología de Procedimientos Actuales [CPT] pertinentes)

Si estas necesidades de cuidado no están asociadas a la enfermedad para la que solicita la cobertura de la Transición del Cuidado de la Salud, llene un formulario de Transición del Cuidado de la Salud por separado para cada enfermedad.

Entendemos que usted no es un proveedor participante en nuestra red. Nuestro miembro está recibiendo tratamiento con usted para la enfermedad anterior y desea recibir cobertura de transición.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si el miembro cumple los requisitos, proporcionaremos cobertura. El pago será acorde al plan de beneficios del miembro. Si hay cobertura disponible en el nivel de beneficios de la red, usted se compromete a aceptar nuestro pago, junto con cualquier copago, deducible o coseguro de los que el miembro sea responsable conforme al plan, como pago total del servicio cubierto. No intentará recuperar ni aceptará ningún pago en exceso de esta cantidad de parte del miembro, de nosotros, de ningún pagador ni de nadie que actúe en nombre de otro pagador, independientemente de que dicha cantidad sea inferior a su tarifa facturada o habitual.

Firma del profesional de cuidado de la salud _____ Fecha / /
MM DD AAAA

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: La información en este documento se considera información comercial confidencial o exclusiva. Esta información puede ser usada solo por la persona o la entidad a la que está dirigida. Todo receptor será responsable del uso de esta información comercial de propiedad y de evitar que se vuelva a divulgar o se use indebidamente, de conformidad con las obligaciones contractuales del receptor en virtud de cualquier acuerdo de servicios administrativos, contrato de póliza de grupo, acuerdo de no divulgación u otro contrato o ley vigente. La información que usted ha recibido puede contener información de salud protegida (protected health information, PHI) y se debe manejar según las leyes federales y estatales vigentes, que incluyen, entre otras, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Las personas que usen indebidamente dicha información pueden estar sujetas a sanciones tanto civiles como penales.

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información concierne a cualquier hecho importante de dicha solicitud o declaración podría cometer un acto fraudulento en contra del seguro, lo que podría constituir un delito, y dicha persona también podría estar sujeta a una sanción civil por cada infracción.