

## Anexo A

### Formulario de solicitud de transición de la atención/continuidad de la atención

Consulte las instrucciones para completar este formulario en el reverso.

o Nuevo afiliado de Integra Harmony (solicitante de Transición de la atención)

o Miembro existente de Integra Harmony, para quien finalizaron los servicios de su proveedor de atención médica (solicitante de Continuidad de la atención)

Use un formulario separado para cada condición. Se aceptan fotocopias. Adjunte información adicional si es necesario.

Empleador	N.º de póliza	Fecha de inscripción del miembro en el Plan (mm/dd/aaaa)		
Nombre del empleado		Identificación del miembro del empleado		Teléfono laboral
Dirección del hogar	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del paciente		N.º de seguro social del paciente o Identificación alternativa	Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)	
				Relación con el empleado o Cónyuge o Dependiente o Uno mismo

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿La paciente está embarazada y en el segundo o tercer trimestre del embarazo? Fecha de parto _____(mm/dd/aaaa)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En caso afirmativo, ¿el embarazo se considera de alto riesgo? por ejemplo,   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. nacimientos múltiples, diabetes gestacional.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿El paciente actualmente recibe tratamiento por una condición o traumatismo agudo?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Tiene el paciente programado una cirugía u hospitalización después de su fecha de entrada en vigencia con Integra?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Está el paciente involucrado en un curso de quimioterapia, radioterapia, terapia contra el cáncer o cuidados paliativos?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Recibe el paciente tratamiento debido a una cirugía mayor reciente?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Recibe el paciente tratamiento de diálisis?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ¿Es el paciente candidato para un trasplante de órganos?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Si no respondió "Sí" a algunas de las preguntas anteriores, describa la condición por la cual el paciente solicita la Transición de la atención/Continuidad de la atención. |                       |                       |

10. Complete la información del proveedor de atención médica que se solicita a continuación.

Nombre de la práctica de grupo

Nombre del proveedor de atención médica	N.º de teléfono del proveedor de atención médica
Especialidad del proveedor de atención médica	
Dirección del proveedor de atención médica Hospital donde ejerce el proveedor de atención médica	N.º de teléfono del hospital
Dirección del hospital	
Motivo/Diagnóstico Fecha(s) de admisión (mm/dd/aaaa)	Fecha de cirugía (mm/dd/aaaa)   Tipo de cirugía

Tratamiento recibido y  
duración esperada

11. ¿Se espera que este paciente esté en el hospital cuando comience la cobertura a través de Integra Harmony o durante los próximos 90 días? o  
Sí No

12. Enumere cualquier otra necesidad de atención continua que pueda calificar para la Transición de la atención/Continuidad de la atención. Si estas necesidades de atención no están asociadas con la afección por la que solicita Transición de la atención/Continuidad de la atención, debe completar un formulario de solicitud de Transición de la atención/Continuidad de la atención por separado.

Por la presente, autorizo al proveedor de atención médica mencionado anteriormente a brindarle a Integra Harmony y a las partes contratadas toda la información y los registros médicos necesarios para tomar una decisión informada con respecto a mi solicitud de Transición de la atención/Continuidad de la atención. Entiendo que tengo derecho a una copia de este formulario de autorización.

Firma del paciente, padre/madre o tutor

Fecha (mm/dd/aaaa)

**Envíe este formulario de solicitud a:**

Plan de salud Integra Harmony  
A la atención de: Care Management  
3200 Park Lane Drive, Lake Success, NY #####  
Fax: **Fax general de Medicare:** 516-321-4638

Las solicitudes de Transición de la atención/Continuidad de la atención se revisarán dentro de los 10 días posteriores a la recepción. Para los nuevos clientes de Integra Harmony, la revisión se realizará dentro de los 10 días posteriores a la fecha de vigencia del participante. La revisión de las solicitudes de trasplante de órganos puede demorar más de 10 días.

**Instrucciones para completar el formulario de solicitud de Transición de la atención/Continuidad de la atención**

**Nota:** Se debe completar un formulario de solicitud de Transición de la atención/Continuidad de la atención por separado para cada afección por la cual usted y/o sus dependientes cubiertos buscan Transición de la atención/Continuidad de la atención. Asegúrese de que todas las preguntas estén respondidas en su totalidad. Cuando se completa el formulario, debe contar con la firma del paciente para quien se solicita la Transición de la atención/Continuidad de la atención. Si el paciente es menor de edad, se requiere la firma de un tutor.

Para ayudar a garantizar una revisión oportuna de su solicitud, devuelva el formulario lo antes posible. Debe solicitar Transición de la atención/Continuidad de la atención dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia de su plan, o dentro de los 30 días posteriores a la fecha de finalización de su proveedor.

Las primeras secciones del formulario se aplican al empleado. Cuando el formulario solicite el nombre del paciente, ingrese el nombre de la persona que recibe atención y solicita Transición de la atención/Continuidad de la atención.

Si respondió afirmativamente a las preguntas n.º 1, n.º 2, n.º 3, n.º 4, n.º 5, n.º 6, n.º 7 u n.º 8, envíe este formulario de solicitud a:

**Plan de salud Integra Harmony**  
**A la atención de:** Care Management  
**Dirección:** 1981 Marcus Ave, Suite 100  
Lake Success, NY 11042  
**Fax:** **Fax general de Medicare:** 516-321-4638

En la n.º 9, incluya información sobre el plan de tratamiento actual o propuesto, y el tiempo que se espera que continúe el tratamiento. Si se ha planificado una cirugía, indique el tipo y la fecha propuesta de la cirugía.

En la n.º 12, indique brevemente la afección de salud, cuándo comenzó, qué proveedor de atención médica está involucrado actualmente y con qué frecuencia consulta a este proveedor de atención médica. Sea lo más específico posible.

Las solicitudes de Transición de la atención/Continuidad de la atención se revisarán dentro de los 10 días posteriores a la recepción. Para los nuevos miembros de Integra Harmony, la revisión se

realizará dentro de los 10 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia del participante. La revisión de las solicitudes de trasplante de órganos puede demorar más de 10 días.