



Solicitud de acceso continuo a prestadores de servicios médicos

Complete este formulario si actualmente está recibiendo atención médica continua de prestadores de servicios médicos que no participan en la red conforme a su nueva cobertura médica o que recientemente hayan terminado su contrato de la red de BCBS. En ciertas circunstancias, la cobertura médica podría autorizar al asegurado el continuar recibiendo atención médica de un prestador de servicios médicos que no participa en la red como si fuera parte de los servicios incluidos en la red. Es posible que haya que solicitar información médica de su(s) prestador(es) de servicios médicos que actualmente lo atienden.

Seleccione el tipo de solicitud (marque uno): Transición de atención médica (nuevo asegurado de Blue) ___ Continuidad de atención médica (circunstancias especiales, cuentas existentes, cambio de un prestador de servicios médicos a otro, los servicios de los grupos de prestadores de servicios médicos o de instalaciones terminan) ___

Llene el siguiente formulario:

Nombre del grupo: _____ Número de grupo: _____
Nombre del empleado: _____ Número de asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el empleado: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

SALUD MÉDICA/MENTAL (Salud mental/Abuso de sustancias)

Plan de diagnóstico o tratamiento:

SALUD MÉDICA

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS MÉDICOS

Nombre: _____
N.o de identificación nacional de prestador de servicios médicos (NPI): _____
Teléfono: _____
Fax: _____
Fecha de la última consulta: _____

Verifique si corresponde:

Embarazo o bajo tratamiento para embarazarse.
Fecha posible de parto: _____
Cirugía programada o realizada recientemente.
Fecha de la cirugía: _____

Programado para cirugía no electiva.

Fecha de la cirugía no electiva: _____
Factura de atención médica posoperatoria.
Fecha de la factura de atención médica posoperatoria: _____
Lista de trasplantes. Proporcione una copia de la carta de aprobación.
Cita programada con el médico. Fecha de la cita: _____

Sometido a un curso de tratamiento para enfermedades graves y complejas:

Fechas de la frecuencia y duración: _____
Actualmente recibiendo atención médica de un prestador de servicios médicos en un centro u hospital.
Rango de fechas de la estancia en el hospital: _____
Ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal.
Fecha en que se le declaró una enfermedad terminal: _____

Instrucciones médicas: Envíe un fax al 1-866-739-4093 Envíe un correo a:
Blue Cross Blue Shield of Texas P.O. Box 660044, Dallas, TX 75266-0044

Teléfono: De casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Por la presente, autorizo al director médico de Blue Cross and Blue Shield of Illinois o a quien este designe, de obtener cualquier información y expedientes médicos de los médicos y prestadores de servicios médicos mencionados anteriormente en relación con la toma de una decisión informada con respecto a mi solicitud de atención médica en transición bajo mi nueva cobertura médica. Entiendo que tengo derecho a una copia de este formulario de autorización.

SALUD MENTAL

Código del procedimiento: _____

(La ausencia de un código de procedimiento no será una base para reportar un rechazo/denegación)

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS MÉDICOS

Nombre: _____
N.o de identificación nacional del prestador de servicios médicos (NPI): _____
Teléfono: _____
Fax: _____
Dirección: _____
Fecha de la última consulta: _____
Fecha de la siguiente consulta: _____

Especialidad del profesional médico (por favor seleccione una)

- MD/DO (en inglés) (médico/médico de medicina osteopática)
PHD (en inglés) (doctor en filosofía)
LCSW (en inglés) (trabajador social clínico con licencia)
LPC/LCPC (en inglés) (consejero con licencia/consejero clínico con licencia)
LMFT (en inglés) (terapeuta con licencia para parejas y familias)
BCBA (en inglés) (analista avalado en salud mental y problemas de conducta) Otro

Instrucciones:

Envíe un fax al 1-855-361-7646
Ponga atención: Solicitud de atención médica en transición
Teléfono de Servicio al cliente: 1-800-528-7264

Firmado por (paciente o tutor): _____ Fecha: _____

Blue Cross and Blue Shield of Texas, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association 747353.0418