



Continuidad de Atención de MediExcel Health Plan

La intención de la Continuidad de Atención es de brindar cobertura a los individuos que cumplen con las siguientes características:

1. Tiene una de varias condiciones médicas especificadas.
2. Requiere tratamiento continuo por cierto periodo de tiempo.
3. Está recibiendo atención de médicos, otros profesionales de la salud, hospitales u otras instalaciones médicas cuya relación contractual con MediExcel Health Plan se ha terminado o no existe.

Si el individuo cumple con las características antes mencionadas, MediExcel Health Plan contactará al médico en cuestión y le propondrá la continuación de atención medica bajo cobertura. Si el médico no está de acuerdo con los términos y condiciones contractuales de MediExcel Health Plan, MediExcel Health Plan podrá negarse a brindar Continuidad de Atención o a limitar los beneficios brindados.

¿Cómo funciona?:

- Para solicitar la Continuidad de Atención debe enviar su solicitud a más tardar de 30 días después de que termine el contrato con el médico tratante.
- Debe de estar recibiendo atención medica por parte del médico especificado en la solicitud y para una condición médica que califique.
- Si se aprueba la Continuidad de Atención, recibirá atención médica a nivel de la red de MediExcel Health Plan para el tratamiento de la afección especifica durante un periodo de tiempo específico o la duración de la afección.
- La aprobación de beneficios solo aplica para el tratamiento que especifique u ordene el médico el cual se identificó en la solicitud de Continuidad de Atención.
- La disponibilidad de la Continuidad de Atención no significa que el tratamiento este cubierto, ni tampoco implica que la atención medica previamente autorizada será proporcionada. Tanto los beneficios como las preaprobaciones tendrán que ser determinadas durante la certificación y el proceso de administración del caso.
- Usted será responsable del costo de toda atención medica recibida por cualquier médico o profesional de la salud el cual no haya sido aprobado por MediExcel Health Plan para brindarle Continuidad de Atención.

Condiciones médicas y otras situaciones que pueden calificar para la Continuidad de Atención:

- Una **condición aguda**, por el tiempo que dure la condición aguda. Una "condición aguda" se define como una condición médica que implica una aparición repentina de síntomas debido a



una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y que tiene una duración limitada.

- Una **condición crónica grave**, durante un período necesario para completar un curso de tratamiento y para organizar la transferencia segura a otro médico, según lo determinado por MediExcel Health Plan en consulta con el miembro y el tratamiento del médico tratante, en consonancia con la buena práctica profesional. Este período no excederá los 12 meses a partir de la fecha de terminación del contrato del médico tratante. Una "condición crónica grave" es una condición médica debida a una enfermedad u otro problema médico o trastorno médico de naturaleza grave y que:
 - Persiste sin cura total;
 - Empeora en un extenso período de tiempo; o
 - Requiere tratamiento para mantenerse en remisión o prevenir la deterioración.
- Un **embarazo**, por la duración completa del embarazo (*tres trimestres*) y el periodo de parto inmediato.
- Una **enfermedad terminal**, por la duración completa de la enfermedad terminal. Una "enfermedad terminal" es una condición incurable o irreversible la cual tiene altas probabilidades de causar muerte en un periodo de un año o menos.
- **Atención médica a recién nacidos o a infantes hasta 36 meses de edad**, sin importar si el infante se encuentra bajo tratamiento activo, por un periodo que no exceda los 12 meses.
- **La realización de una cirugía u otro procedimiento que haya sido autorizado por el Plan**, como parte de un curso de tratamiento documentado que sucederá dentro de los 180 días antes de la terminación del contrato médico.

¿Si mi Continuidad de Atención ha sido aprobada, puedo recibir atención médica dentro de la red del médico tratante para una condición diferente?

La atención medica proporcionada dentro de la red del médico tratante como parte de la Continuidad de Atención es únicamente para la enfermedad o condición específica y no puede aplicarse a otra enfermedad o condición. Debe llenar una Solicitud de Continuidad de Atención para cada enfermedad o afección no relacionada, a más tardar de 30 días después de la fecha de terminación del contrato con el médico tratante.



Solicitud para la Continuidad de Atención

*****ATENCIÓN: Es posible que no tenga que llenar esta solicitud*****

- Llene esta solicitud solamente si usted está siendo atendido por un médico o profesional de la salud que no es parte de MediExcel Health Plan. Por favor revise la página web de MediExcel Health Plan (www.mediexcel.com) para confirmar si su médico o profesional de la salud es un proveedor dentro de nuestra red.
- Al reverso encontrará las instrucciones para llenar la Solicitud de Continuidad de Atención.
- **Utilice una solicitud para cada condición que tenga.** Se aceptan fotocopias. Adjunte información adicional si es necesario.

Empleador:	# de Póliza:	Fecha de inscripción del empleado en MediExcel Health Plan (mm/dd/aaaa)	
Nombre del empleado:	Número de teléfono:		
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del paciente:	Fecha de Nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)	Relación con el empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Si mismo	

1. ¿La paciente está embarazada? Sí No Si sí, ¿fecha de parto? _____ (mm/dd/aaaa)
2. ¿El paciente está bajo tratamiento para una condición aguda o un trauma? Si No
3. ¿El paciente cuenta con una cirugía u hospitalización ya agendada la cual se llevará a cabo después de su fecha efectiva con MediExcel Health Plan? Sí No
4. ¿El paciente se encuentra en tratamiento de Quimioterapia, Radiación, Tratamiento de Cáncer o es candidato a Trasplante de Órganos? Sí No
5. ¿El paciente se encuentra en tratamiento posterior a una cirugía mayor? Sí No
6. ¿El paciente está bajo tratamiento por salud mental o abuso de sustancias? Sí No
7. ¿El paciente está bajo atención médica por una enfermedad terminal? Sí No
8. Si no contestó "Sí" a ninguna de las preguntas anteriores, por favor describa la condición por la que el paciente requiere Continuidad de Atención en la sección **8.a**.



9. Por favor llene la información del proveedor en la siguiente sección.

Nombre del médico:		Número de teléfono del médico:		
Especialidad del médico:				
Domicilio del médico:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Hospital donde practica el médico:		Número de teléfono del hospital:		
Razón/Diagnóstico:				
Fecha (s) de admisión (mm/dd/aaaa):	Fecha de cirugía (mm/dd/aaaa):	Tipo de cirugía:		
Tratamiento actual y duración aproximada:				

10. ¿Se espera que el paciente este hospitalizado durante o después que la cobertura de MediExcel Health Plan comience? Sí No

11. Por favor enliste cualquier otra necesidad que ocupe atención continua y que pudiera calificar para Continuidad de Atención en la sección **11.a**

Por medio del presente, autorizo al médico anteriormente mencionado, a proveer a MediExcel Health Plan, toda información médica necesaria para la toma de decisiones en cuanto a mi petición de Continuidad de Atención. Entiendo que tengo el derecho a obtener una copia de esta solicitud.	
Firma del paciente, padre o tutor:	Fecha (mm/dd/aaaa)



Instrucciones para el llenado de la Solicitud de Continuidad de Atención

- Debe llenar una solicitud por cada condición médica para la cual usted o sus dependientes buscan tener una Continuidad de Atención. Puede encontrar la solicitud en la página web de MediExcel Health Plan en el **www.mediexcel.com**. Aceptamos fotocopias de la solicitud.
- Por favor conteste todas las preguntas completamente.
- La solicitud completada deberá ser firmada por el paciente para el cual se está solicitando la Continuidad de Atención. Si el paciente es menor de edad, la solicitud deberá ser firmada por su tutor.
- Debe aplicar para la Continuidad de Atención a más tardar de 30 días después de la terminación del contrato con su médico o profesional de la salud. Toda solicitud completada deberá ser marcada como "Confidencial" e enviada a la siguiente dirección:

Favor de enviar por Correo o por Fax a:

MediExcel Health Plan
750 Medical Center Court, Suite 2
Chula Vista, CA 91911
Fax: (978) 522-3777

8.a: Por favor proporcione toda información acerca de su tratamiento actual o propuesta de tratamiento, así como el tiempo aproximado en el que se llevará a cabo. Si se ha considerado alguna cirugía, favor de indicar el tipo de cirugía y la fecha propuesta. Use una hoja extra si es necesario.

11.a: Explique su condición de salud brevemente. ¿Cuándo comenzó y quien es el médico involucrado actualmente? ¿Qué tan frecuente es atendido por este médico? Sea lo más específico posible. Use una hoja extra si es necesario.