

### Solicitud de acceso continuo a profesionales médicos para atención continua

Complete este formulario si tiene una **aprobación de autorización previa (PA, en inglés) de su cobertura médica anterior o si consulta a un profesional médico contratado por Medicare fuera de la red**. Es posible que sea necesario solicitar información médica de su profesional médico actual para completar este formulario.

#### Seleccione el tipo de solicitud (marque una opción):

Transición de la atención (nuevo en Medicare Advantage)

Continuidad de la atención (solicitud para continuar la atención con un profesional médico vigente si la cobertura o la red cambian)

#### INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

\*Nombre: \_\_\_\_\_  
\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
\*Número de asegurado principal: \_\_\_\_\_  
\*Número de teléfono: \_\_\_\_\_

#### PROFESIONALES MÉDICOS

\*Nombre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*Especialidad del profesional médico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*N.º DE IDENTIFICACIÓN DE NPI: \_\_\_\_\_  
\*N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
\*N.º de fax: \_\_\_\_\_  
\*Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*¿Tiene PA aprobada?  
 Sí  No  
\*Fechas de aprobación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*¿Qué servicios? \_\_\_\_\_  
\*Códigos CPT: \_\_\_\_\_  
\*Códigos de diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### PROVEEDOR DE SALUD MENTAL

\*Nombre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*Especialidad del profesional médico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*N.º DE IDENTIFICACIÓN DE NPI: \_\_\_\_\_  
\*N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
\*N.º de fax: \_\_\_\_\_  
\*Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*¿Tiene PA aprobada?  
 Sí  No  
\*Fechas de aprobación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*¿Qué servicios? \_\_\_\_\_  
\*Códigos CPT: \_\_\_\_\_  
\*Códigos de diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Marque lo que corresponda:

Cirugía programada o realizada recientemente  
Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Recepción de atención posoperatoria Fecha de recepción de atención posoperatoria:
<input type="checkbox"/> Lista de trasplantes: Proporcione una copia de la carta de aprobación
<input type="checkbox"/> Cita con el médico programada Fecha de la cita:
<input type="checkbox"/> Está recibiendo un tratamiento para un problema médico grave y complejo Fechas del tratamiento y duración:
<input type="checkbox"/> Se encuentra bajo atención institucional u hospitalaria de un profesional médico Intervalos de fechas de internación:
<input type="checkbox"/> Se ha determinado que tiene una enfermedad terminal Fecha de la declaración de enfermedad terminal:
<input type="checkbox"/> Embarazo o tratamiento para el embarazo en curso Fecha de parto estimada:

\*Información requerida: el formulario no se puede procesar sin la información requerida

Firma (paciente o tutor):\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_

Por el presente autorizo al director médico o la persona designada de BCGMA a obtener cualquier información y expedientes médicos de los médicos/profesionales médicos mencionados anteriormente en relación con la toma de una decisión informada con respecto a mi solicitud de tratamiento en curso (servicios médicos de transición) en virtud de mi nueva cobertura médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización.

**Instrucciones: Enviar por correo o fax**  
**Atención: Solicitud de transición de la atención**  
**Fax: 855-874-4711**  
**Correo postal: P. O. Box 660964**  
**Dallas, TX 75266-0694**  
**Número de teléfono de Servicio al Cliente: Llame al**  
**número que se encuentra en el reverso de su**  
**tarjeta.**

Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), ofrece la cobertura HMO en Nuevo México, las coberturas HMO y HMO-POS en Illinois, y las coberturas PPO en Illinois, Montana y Nuevo México. Illinois Blue Cross Blue Shield Insurance Company (ILBCBSIC) ofrece la cobertura HMO en Illinois. HCSC ofrece las coberturas HMO Special Needs Plan (SNP) y PPO Special Needs Plan (SNP) en Nuevo México. HCSC Insurance Services Company (HISC) ofrece las coberturas HMO, PPO y Dual Care HMO Special Needs Plan (SNP) en Texas. HISC ofrece la cobertura PPO en Nuevo México. GHS Insurance Company (GHSIC) ofrece las coberturas HMO y PPO en Texas. HCSC ofrece todas las coberturas HMO y PPO como prestación laboral o a través de sindicatos. GHS Health Maintenance Organization, Inc., cuyo nombre comercial es BlueLincs HMO (BlueLincs), ofrece la cobertura HMO en Oklahoma. GHS Insurance



Company (GHSIC) ofrece las coberturas HMO Special Needs Plan (SNP) y PPO en Oklahoma. HCSC, ILBCBSIC, HISC, GHSIC y BlueLincs son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. ILBCBSIC, GHSIC y BlueLincs son organizaciones Medicare Advantage que tienen contrato con Medicare. HCSC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa Medicaid de Nuevo México. GHSIC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa Medicaid de Oklahoma. HISC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa Medicaid de Texas. La posibilidad de solicitar cobertura de estas pólizas depende de la renovación de los contratos.