

Administración de utilización	Fecha de vigencia: 01/25/2011
Tema Póliza de cobertura de transición de atención Enmienda a los planes HMO de California	Departamento de origen Administración de calidad regional Autoridad firmante: Presidente del Comité Supervisor de la Calidad (QOC)

Se aplica al departamento:	<input checked="" type="checkbox"/> PM	<input checked="" type="checkbox"/> Precertificación	<input checked="" type="checkbox"/> NME	<input checked="" type="checkbox"/> WH	<input checked="" type="checkbox"/> BH
Producto:	<input checked="" type="checkbox"/> HMO	<input type="checkbox"/> EPO	<input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> MC/POS	<input type="checkbox"/> TC
Tipo:	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input checked="" type="checkbox"/> Revisión	<input type="checkbox"/> Sustitución	<input type="checkbox"/> Revisión – Sin cambios	<input checked="" type="checkbox"/> EAP

Materiales relacionados: NCM 600-01 y 02, Póliza y procedimientos de cobertura de transición de atención
--

Objetivo:

Esta enmienda se redacta para cumplir con los requisitos normativos y establecidos por ley especificados en el Código de Salud y Seguridad de California, 1373.96, que afectan a la Póliza de cobertura de transición de atención.

Antecedentes:

El estado de California exige que se cumplan requisitos diferentes o requisitos que superan los que se detallan en la Póliza de cobertura de transición de atención, NCM 600-01. Esta enmienda se utilizará junto con la NCM 600-01 para cumplir con los requisitos de California.

Definiciones:

- Código de Salud y Seguridad de California 1373.96(k)(1) (HMO): Un “proveedor individual” es una persona con licencia, según se la define en el Artículo 805 del Código de Negocios y Profesiones, o una persona que ha recibido una licencia de acuerdo con lo establecido en el Capítulo 2 (a partir del Artículo 1000) de la División 2 de dicho código.
- Código de Salud y Seguridad de California 1373.96(k)(2) (HMO): Un “proveedor no participante” es un proveedor que no ha sido contratado por un plan de servicios de atención de salud.
- Código de Salud y Seguridad de California 1373.95(e)(2) (HMO): Un “proveedor de salud mental no participante” es un psiquiatra, psicólogo con licencia, terapeuta familiar o de pareja, o trabajador social con licencia que no tiene un contrato con el plan de servicios de atención de salud especializada que ofrece servicios profesionales de salud mental de grupo patrocinados por el empleador.
- Código de Salud y Seguridad de California 1373.96(k)(4) (HMO): Un “grupo de proveedores” es un grupo médico, una asociación de práctica independiente o cualquier otra organización similar.
- Código de Salud y Seguridad de California 1373.96(k)(3) (HMO): Un “proveedor” es cualquier persona, organización o centro de salud profesional, u otra persona o institución habilitada por el estado para prestar servicios de atención de salud.
- Código de Salud y Seguridad de California 1373.95(e)(1) (HMO): Un “hospital” es un hospital de atención general de agudos. Un hospital también se considera un “proveedor” conforme a esta póliza.

Alcance:

Estos requerimientos tienen aplicación cuando eTUMS muestra a California como el estado controlador. Esta póliza se aplica a todos los productos HMO completamente asegurados, a excepción de Medicare Advantage. Se considera que aquellos miembros cuyo patrocinador del plan está cambiando a la cobertura que ofrece la red Aetna Value NetworkSM HMO renuevan su cobertura en un plan de salud de Aetna diferente, aunque sus beneficios cubiertos sean los mismos. Los planes de servicios administrativos contratados (ASC) no se incluyen en esta póliza.

Anexo A: Formulario de solicitud de cobertura de transición

Póliza:

- A. Con el objetivo de proporcionar continuidad de atención a los miembros y conforme al Código de Salud y Seguridad de California, 1373.96, Aetna prestará los servicios cubiertos en el caso de las condiciones médicas que se enumeran en la sección B a continuación. Los servicios cubiertos se prestarán en las siguientes circunstancias:
- Proveedor cuyo contrato ha finalizado: para las personas inscritas que, en el momento de la finalización del contrato del proveedor, recibían servicios de ese proveedor por una de las condiciones médicas descritas más abajo.
 - Proveedor no participante: para las personas recientemente inscritas y cubiertas que, en el momento en que la cobertura entró en vigencia, recibían servicios de ese proveedor por una de las condiciones médicas descritas más abajo.
- B. A continuación se enumeran las condiciones médicas para las que Aetna ofrecerá prestar los servicios cubiertos:
1. **Condiciones agudas.** Una condición aguda es aquella que implica la aparición súbita de síntomas a causa de una enfermedad, una lesión u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y tiene una duración limitada. **Los servicios cubiertos se prestarán durante el período de duración de la condición aguda.**
 2. **Condiciones crónicas graves.** Una condición crónica grave es una condición médica causada por una enfermedad, dolencia, otro problema o trastorno médico grave, que persiste sin que se logre una recuperación total, que empeora durante un largo período o que requiere un tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro. Los servicios cubiertos se prestarán durante el período necesario para terminar el tratamiento y organizar un traspaso seguro a otro proveedor, según lo determine el plan de salud, con la aprobación de la persona inscrita y del proveedor no participante o cuyo contrato ha finalizado, conforme a las buenas prácticas profesionales. **La prestación de los servicios cubiertos no excederá los 12 meses a partir de la fecha de finalización del contrato o los 12 meses a partir de la fecha de vigencia de la cobertura de una persona recientemente inscrita.**
 3. **Embarazo.** El embarazo cubre los tres (3) trimestres de gestación y el período de posparto inmediatamente posterior. **Los servicios cubiertos se prestarán durante el embarazo y el período de posparto inmediatamente posterior.**
 4. **Enfermedades terminales.** Una enfermedad terminal es una condición incurable o irreversible que tiene grandes posibilidades de ocasionar la muerte en un (1) año o menos. **Los servicios cubiertos se prestarán durante el período de duración de una enfermedad terminal.**
 5. **La atención de un niño desde su nacimiento hasta los 36 meses de edad.** **La prestación de los servicios cubiertos no excederá los 12 meses a partir de la fecha de finalización del contrato o los 12 meses a partir de la fecha de vigencia de la cobertura de una persona recientemente inscrita.**
 6. **Las cirugías u otros procedimientos** que hayan sido autorizados por el plan como parte de un tratamiento documentado que se llevará a cabo **dentro de los 180 días posteriores a la fecha de finalización del contrato o dentro de los 180 días posteriores a la fecha de vigencia de la cobertura de una persona recientemente inscrita.**
 7. **Salud del comportamiento.** Aetna facilitará la continuidad de atención a personas recientemente inscritas cuyos empleadores hayan cambiado de planes de salud. Esto se cumplirá siempre que estas personas reciban servicios de proveedores de salud mental no participantes para condiciones de salud mental crónicas, graves o agudas. **La persona inscrita gozará de un período de transición razonable para poder continuar su tratamiento con el proveedor no participante. En este, el proveedor no participante también prestará servicios de salud mental en forma oportuna, adecuada y basándose en su necesidad médica.**
 - a. Aetna tendrá en cuenta, para cada caso en particular, la duración del período de transición, la gravedad de la condición médica de la persona inscrita y la cantidad de tiempo razonablemente necesaria para llevar a cabo un traspaso seguro a un proveedor participante. Se tiene en cuenta de manera razonable el posible efecto clínico que un cambio de proveedor podría tener sobre el tratamiento de la condición de la persona inscrita.
 - b. Aetna no tiene la obligación de aceptar a un proveedor de salud mental no participante en su panel para el tratamiento de otras personas inscritas.
 - c. Con el objetivo de continuar con el tratamiento de la persona inscrita que realiza el traspaso, Aetna podría exigir que el proveedor de salud mental no participante, como condición del derecho conferido conforme a esta sección, celebre un contrato estándar para proveedores de salud mental.

Enmienda a la Póliza NCM 600-01 y Procedimiento 600-02 de HMO de California

- d. Aetna puede exigir que un proveedor de salud mental no participante cuyos servicios se mantienen conforme a la póliza escrita, acepte por escrito los mismos términos y las mismas condiciones contractuales que se imponen a los proveedores participantes del plan, como la ubicación en el área de servicio del plan, metodologías de reembolso y tarifas de pago, entre otros.
- e. Si Aetna determina que el tratamiento de atención de salud de una persona inscrita debe continuar temporalmente con su proveedor existente o con su proveedor de salud mental no participante, Aetna no será responsable por las acciones legales que surjan exclusivamente por negligencia, mala praxis u otros actos ilícitos o ilegales en la prestación de servicios por parte de alguno de estos proveedores.
- f. La póliza no se aplicará a una persona inscrita a quien se le ofrece una opción fuera de la red.
- g. Programa de Asistencia al Empleado (EAP). Aetna facilitará la continuidad de atención a personas recientemente inscritas cuyos empleadores hayan cambiado al EAP de Aetna. Esto se cumplirá siempre que estas personas reciban servicios de proveedores de salud mental no participantes.
 - Si el proveedor no acepta la tarifa o se opone al cumplimiento de los procedimientos del EAP, se le ofrece al miembro una opción EAP dentro de la red.

C. Consideraciones contractuales

1. A menos que se acuerde lo contrario entre el proveedor cuyo contrato ha finalizado o el proveedor no participante y Aetna, o entre el proveedor individual y el grupo de proveedores, los servicios prestados se pagarán con tarifas y métodos de pago similares a los que utiliza Aetna o el grupo de proveedores para los proveedores actualmente contratados que prestan servicios similares, a quienes no se les paga con honorarios fijos por paciente y que se desempeñan en la misma área geográfica, o una similar, a la del proveedor cuyo contrato ha finalizado o a la del proveedor no participante.
2. El monto que pague la persona inscrita por los copagos, los deducibles u otros componentes de costo compartido, así como los requisitos de pago de estos, durante la prestación de los servicios cubiertos con un proveedor cuyo contrato ha finalizado o con un proveedor no participante serán los mismos copagos, deducibles y componentes de costo compartido que la persona inscrita pagaría al ser atendida por un proveedor actualmente contratado por Aetna.
3. Aetna puede exigir que el proveedor no participante que continúa prestando servicios a una persona recientemente inscrita y cubierta acepte por escrito cumplir con los mismos términos y las mismas condiciones contractuales que se le exigen a los proveedores actualmente contratados que prestan servicios similares, a quienes no se les paga con honorarios fijos por paciente y que se desempeñan en la misma área geográfica, o una similar, a la del proveedor no participante. Esto incluye los requisitos de acreditación, privilegios en hospitales, revisión de utilización, revisión por pares y garantía de calidad. Ni Aetna ni el grupo de proveedores están obligados a continuar brindando los servicios del proveedor si el proveedor no participante no acepta cumplir con los términos y las condiciones contractuales o no cumple con ellos.
4. Aetna puede exigir que los proveedores cuyo contrato ha finalizado pero que continúan prestando servicios después de la fecha de finalización del contrato conforme a esta sección acepten por escrito cumplir con los mismos términos y las mismas condiciones contractuales que se le exigían antes de la finalización del contrato, como los requisitos de acreditación, privilegios en hospitales, revisión de utilización, revisión por pares y garantía de calidad, entre otros. Si el proveedor cuyo contrato ha finalizado no acepta cumplir con estos términos y estas condiciones contractuales, o no cumple con ellos, el plan de salud o la compañía de seguros no están obligados a continuar brindando los servicios del proveedor después de la fecha de finalización del contrato.

D. Aetna no está obligada a ofrecer la prestación de los servicios cubiertos en las siguientes circunstancias:

1. En el caso de un proveedor cuyo contrato con el plan o con el grupo de proveedores haya finalizado o no haya sido renovado por razones relacionadas con una causa o razón disciplinaria médica, según se define en el párrafo (6) de la subdivisión (a) del Artículo 805 del Código de Negocios y Profesiones, con un fraude o con otra actividad delictiva.
2. En el caso de servicios o beneficios que no estén cubiertos de otro modo por los términos y las condiciones del contrato del plan.
3. En el caso de una persona recientemente inscrita, cubierta según un acuerdo de suscriptor individual, y que está recibiendo tratamiento por una de las condiciones médicas descritas en la sección (B) anterior, en la fecha de vigencia de su cobertura.

Enmienda a la Póliza NCM 600-01 y Procedimiento 600-02 de HMO de California

4. Si el proveedor cuyo contrato ha finalizado no acepta cumplir con estos términos y estas condiciones contractuales, o no cumple con ellos, el plan no está obligado a mantener los servicios del proveedor después de la fecha de finalización del contrato.
5. Ni Aetna ni el grupo de proveedores están obligados a continuar prestando los servicios de un proveedor cuyo contrato ha finalizado si este no acepta las tarifas de pago estipuladas en este párrafo.

E. Requisitos y consideraciones adicionales

1. Las estipulaciones en esta póliza son adicionales a cualquier otra responsabilidad de Aetna de brindar continuidad de atención. Ninguna parte de esta póliza evitará que Aetna brinde continuidad de atención más allá de los requisitos de esta sección.
2. Las decisiones con respecto a las solicitudes de cobertura de transición se toman dentro de los dos (2) días hábiles después de haber recibido toda la información necesaria. Los miembros que tengan solicitudes urgentes o de emergencia relacionadas con condiciones agudas pueden comunicarse con Servicio a Miembros, pedir el formulario de solicitud de cobertura de transición y enviarlo por fax al área de manejo de pacientes al número que figura en el formulario. Las decisiones relacionadas con las solicitudes urgentes o de emergencia se toman el mismo día hábil en que se reciben. Se tiene en cuenta de manera razonable el posible efecto clínico que el cambio de proveedor tendría sobre el tratamiento de la persona inscrita. La decisión se comunica por teléfono al proveedor dentro de las veinticuatro (24) horas. La persona inscrita y el proveedor no participante o cuyo contrato ha finalizado serán notificados de la decisión por escrito dentro de los dos (2) días hábiles. Si se obtienen servicios antes de la aprobación de la transición de beneficios, estos deben ser aprobados por el Director Médico para que la cobertura se extienda al nuevo nivel del plan. En caso de que haya habido demoras por parte del plan y que estas hayan afectado la recepción de servicios por parte de la persona inscrita antes de que se apruebe la cobertura de transición, el Director Médico las tendrá en cuenta al momento de decidir sobre la aprobación.
3. Como se comunica antes de la inscripción en el aviso de divulgación y la evidencia de cobertura, Aetna informa a todas las personas recientemente inscritas sobre esta póliza, al igual que sobre la forma de solicitar una revisión de transición de atención. Para pedir un formulario de solicitud de cobertura de transición, la persona inscrita debe llamar a Servicio a Miembros al número que aparece en la tarjeta de identificación (ID). La persona inscrita debe enviar el formulario dentro de los 90 días posteriores a la inscripción o reinscripción o los 90 días posteriores a la fecha de finalización del contrato del proveedor y antes de recibir servicios (excepto en caso de emergencia) del proveedor no participante. El empleador de la persona inscrita también puede proporcionar formularios de solicitud.
4. Aetna proporcionará una copia impresa de esta póliza a las personas inscritas que la soliciten. Los miembros pueden llamar a Servicio a Miembros al número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación (ID) para solicitar una copia de la información y una copia de la póliza de cobertura de transición de atención.
5. Aetna no delega la responsabilidad de cumplir con estos requisitos en un grupo de proveedores ni en las entidades contratadas.
6. Aetna no está obligada a cubrir servicios o proporcionar beneficios que no estén de otra forma cubiertos según los términos y las condiciones del contrato del plan.
7. Cuando finaliza el contrato de un grupo de proveedores o un hospital, Aetna toma las siguientes medidas para transferir a las personas inscritas a otro hospital o grupo de proveedores participantes:
 - En el caso de los traspasos en bloque, Aetna envía un aviso escrito al Departamento de Atención Médica Administrada de California 75 días antes de la fecha de finalización. El aviso incluye el formulario A (finalización del contrato de grupo de proveedores) o el formulario B (finalización del contrato de hospital) del departamento, según corresponda.
 - En el caso de la finalización de contratos de un grupo de proveedores, el área de servicios de información sobre proveedores crea un informe de reasignación de personas inscritas. Para ello, se tiene en cuenta su cercanía a otros médicos de cuidado primario (PCP) participantes con capacidad para aceptar nuevos miembros. La cercanía se determina de acuerdo con las pautas de acceso geográfico del Departamento de Atención Médica Administrada. Una vez que se verifica que el grupo médico participante (PMG) o la Asociación de Médicos Independientes (IPA) del PCP tiene la capacidad administrativa y financiera para manejar traspasos en bloque, el personal del área de gestión de redes acuerda con el PMG o la IPA la aceptación de esta asignación de personas inscritas. En el área de servicios de información sobre proveedores se generan cartas de aviso para las personas inscritas que comunican la finalización del contrato y la reasignación de las personas inscritas a otros PMG u otras IPA participantes. Las cartas de aviso a las personas inscritas se envían 60 días antes de la fecha de finalización del contrato. Los enfermeros de la delegación de manejo de pacientes obtienen la lista de personas inscritas que han sido autorizadas para obtener servicios del PMG o de la IPA cuyo contrato ha finalizado. El área regional de manejo de pacientes compara esta lista con los formularios de solicitud de cobertura de transición de atención que recibe para verificar los procedimientos y tratamientos que solicitan las personas inscritas.
 - En el caso de la finalización del contrato de un hospital, en el área de gestión de redes se genera un informe para identificar a los proveedores que tienen privilegios de admisión en ese hospital. Se indica a estos proveedores que deben notificar por escrito a Aetna, a través del formulario de cobertura de transición de atención, sobre cualquier persona inscrita que solicite continuidad de atención. El área de gestión de redes se asegura de que los hospitales alternativos respeten las pautas geográficas del

Enmienda a la Póliza NCM 600-01 y Procedimiento 600-02 de HMO de California

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) y tengan la misma variedad de servicios que el hospital cuyo contrato finalizó. El área de servicios de información sobre proveedores se encarga de enviar cartas de aviso para personas inscritas a todos los miembros que residen a no más de 15 millas del hospital cuyo contrato finalizó. Estos avisos se envían por correo a las personas inscritas, conforme a los requisitos normativos relacionados con los límites de tiempo.

- En el caso de la finalización del contrato de un proveedor individual que tiene un acuerdo con un grupo de proveedores, el grupo de proveedores notifica la finalización del contrato al área de gestión de redes. El grupo de proveedores también designa al nuevo proveedor individual a quien se asignarán los miembros y el área de gestión de redes lleva a cabo esas asignaciones. El área de servicios de información sobre proveedores luego envía los avisos a los miembros, 60 días antes de la fecha de finalización del contrato.
- En el caso de la finalización del contrato de proveedores individuales que tienen un acuerdo directamente con Aetna, el área de gestión de redes recibe y procesa el aviso de la finalización. Luego, esta área se comunica con uno o más proveedores individuales para verificar que puedan asumir la responsabilidad de los miembros asignados al proveedor cuyo contrato ha finalizado. Una vez realizada esta verificación, el área de gestión de redes reasigna a los miembros y el área de servicios de información sobre proveedores envía los avisos 30 días antes de la fecha de finalización del contrato.
- Cuando no se producen las finalizaciones de contratos previstas, el área de gestión de redes informa al área de servicios de información sobre proveedores y esta informa a las personas inscritas en cuestión dentro de los 20 días hábiles sobre su opción de volver a su proveedor original.
- Si Aetna no puede notificar al DMHC o a las personas inscritas dentro de los límites de tiempo exigidos debido a circunstancias urgentes, solicitará una medida de excepción al DMHC.

8. Aetna envía a las personas inscritas avisos que describen la póliza de cobertura de transición de atención y les informa sobre su derecho a recibir los servicios cubiertos cuando finalizan los contratos de los grupos de proveedores y de los hospitales. Estos avisos se envían a las personas inscritas 60 días antes de la fecha de finalización del contrato. **Consulte el siguiente enlace** para encontrar plantillas de estos avisos a personas inscritas que han sido aprobadas por el Departamento de Atención Médica Administrada de California. Si el contrato de un proveedor o grupo de proveedores no finaliza, Aetna envía un aviso a las personas inscritas dentro de los 20 días hábiles para brindar a los miembros la opción de volver a su proveedor o grupo de proveedores original.



Solicitud de cobertura de transición *Personal y confidencial*

Este formulario se aplica a los miembros completamente asegurados del plan HMO comercial de California.

En el reverso encontrará respuestas a las preguntas frecuentes sobre la cobertura de transición de atención. Léalas antes de completar este formulario.

Esta es una solicitud para que Aetna cubra la atención actual en el nivel de beneficios más alto de parte de:

- un **médico fuera de la red**;
- un **médico cuya designación en la red Aexcel® haya cambiado**; o
- **algunos otros proveedores de atención de salud** que lo hayan tratado.

Usted recibirá una carta en la que le explicaremos nuestra decisión sobre su solicitud de cobertura de transición de atención.

Paso 1: Complete las siguientes secciones:

1. Sección 1: información del empleador.
2. Sección 2: información del paciente y del solicitante; esta se encuentra en el frente de la tarjeta de identificación (ID) de Aetna.
3. Sección 3: autorización. Lea la autorización, firme el formulario y coloque la fecha en él. (Si el paciente tiene 17 años de edad o más, también debe firmar este formulario y colocar la fecha).

Paso 2: Entregue el formulario al médico para que complete la Sección 4.

Paso 3: Envíe el formulario completo por **fax** a Aetna para su revisión. *Importante:* Complete un formulario por cada proveedor fuera de la red.

NOTA: Una solicitud de cobertura de transición **no** se aplica a los proveedores dentro de la red (participantes) de Aetna. Visite el directorio de proveedores en línea DocFind® en www.aetna.com. Allí podrá saber si su médico pertenece a la red u obtener ayuda para encontrar un proveedor participante en su plan de Aetna. También puede comunicarse con nosotros al número que figura en su tarjeta de identificación (ID) de Aetna.

Envíe las solicitudes médicas por fax al 1-800-228-1318

Envíe las solicitudes por salud mental/abuso de drogas o alcohol por fax al 1-860-754-2532

Asegúrese de completar todos los campos de la página 4 antes de enviar el formulario. Esto acelerará el procesamiento de su solicitud de cobertura de transición de atención.



Preguntas y respuestas sobre la cobertura de transición de atención de Aetna

Productos completamente asegurados HMO comercial y tradicional de California

P. ¿Qué es la cobertura de transición de atención (TOC)?

R. La cobertura de transición de atención (TOC) minimiza las interrupciones y permite que el miembro continúe recibiendo atención por un período de transición, sin multas, al nivel de beneficios preferido del plan. La cobertura de TOC se aplica a los siguientes tipos de proveedores: profesionales médicos individuales, grupos médicos, asociaciones de práctica independiente, hospitales de atención de agudos o instituciones habilitadas de California que prestan servicios de atención de salud. Entre los profesionales individuales se incluyen los médicos, los psiquiatras y los terapeutas con licencia.

En California, la cobertura de transición se brinda con sujeción a ciertas circunstancias para obtener servicios cubiertos para las siguientes condiciones médicas:

- Embarazo, que incluye los 3 trimestres de embarazo y el período de posparto inmediatamente posterior.
- Una condición aguda que implique la aparición súbita de síntomas a causa de una enfermedad, una lesión u otro problema médico que requiera atención médica inmediata y que tenga una duración limitada. Los servicios cubiertos se prestarán durante el período de duración de la condición aguda.
- Cirugías u otros procedimientos programados con anticipación y autorizados por Aetna que forman parte de un tratamiento documentado que el proveedor recomienda se lleve a cabo dentro de los 180 días a partir de la fecha de finalización del contrato del proveedor o dentro de los 180 días a partir de la fecha de vigencia de la cobertura de una persona recientemente inscrita.
- Una enfermedad terminal incurable o una condición irreversible que tiene grandes posibilidades de ocasionar la muerte en un (1) año o menos. Los servicios cubiertos se prestarán durante el período de duración de la enfermedad terminal.
- Una condición médica crónica causada por una enfermedad, dolencia u otro problema o trastorno médico grave que persiste sin que se logre una recuperación total, que empeora durante un largo período o que requiere un tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro. Los servicios cubiertos se prestarán durante un período necesario para terminar el tratamiento y para organizar un traspaso seguro a otro proveedor, según lo determine el plan de salud, con la aprobación del miembro y del proveedor no participante o cuyo contrato haya finalizado. Dicho traspaso debe realizarse según las buenas prácticas profesionales y no debe demorar más de 12 meses a partir de la fecha de finalización del contrato o 12 meses a partir de la fecha de vigencia de la cobertura de una persona recientemente inscrita.
- Cualquier servicio relacionado con la atención de niños de entre 0 y 36 meses por hasta 12 meses a partir de la fecha de finalización del contrato del proveedor o 12 meses a partir de la fecha de vigencia de la cobertura de una persona recientemente inscrita.
- Servicios de salud del comportamiento para miembros de HMO que reciben tratamiento ambulatorio por enfermedades mentales o por abuso de sustancias y que han asistido, por lo menos, a una (1) sesión de tratamiento dentro de los 30 días anteriores a la fecha de vigencia. Además, en el caso de los miembros de HMO sin beneficios fuera de la red, Aetna les facilitará continuidad en la atención para personas recientemente inscritas cuyos empleadores hayan cambiado de planes de salud y estén siendo tratados por un proveedor de salud mental no participante debido a una condición de salud mental crónica, grave o aguda, durante el tiempo que resulte razonablemente necesario para realizar un traspaso seguro a un proveedor participante.

Los servicios para el tratamiento de las condiciones médicas antes mencionadas deben haberse iniciado antes de la fecha de inscripción, antes de la fecha en que su médico dejó de pertenecer a la red de Aetna o antes de la fecha del cambio de designación en la red Aexcel de un médico en el caso de personas recientemente inscritas, o antes de la fecha de finalización del contrato de un proveedor en el caso de los miembros existentes.

P. ¿Cuándo se aplica la cobertura de transición de California y cuándo la de Aetna?

R. A continuación presentamos cuatro situaciones en las que se podría considerar la cobertura de transición:

- TOC de California: Usted es un **miembro recientemente cubierto por un plan de beneficios médicos HMO de Aetna** y el proveedor de quien recibe servicios por una de las condiciones médicas antes descritas no es un proveedor participante en su nuevo plan de Aetna. Se considera que aquellos miembros cuyo patrocinador del plan está cambiando a la cobertura que ofrece la red Aetna Value NetworkSM HMO reuevan su cobertura en un plan de salud de Aetna diferente, aunque sus beneficios cubiertos sean los mismos.
- TOC de California: Usted es un miembro existente de un **plan HMO de Aetna y el contrato de su proveedor participante con Aetna finaliza** mientras usted estaba recibiendo los servicios de ese proveedor por una de las condiciones médicas antes descritas en el momento de la finalización del contrato.
- TOC de California: Usted es un miembro existente de un **plan Tradicional de Aetna (no HMO) y el contrato de su proveedor participante con Aetna finaliza** mientras usted estaba recibiendo los servicios de ese proveedor por una de las condiciones médicas antes descritas en el momento de la finalización del contrato.
- TOC estándar de Aetna: Usted es una **persona recientemente inscrita para recibir cobertura con un plan Tradicional (no HMO) y**
 - su proveedor no pertenece a la red de Aetna;
 - su proveedor deja la red de Aetna;
 - la designación en la red Aexcel de su proveedor cambia y esto afecta sus beneficios; o
 - su proveedor no pertenece a la red Aexcel y sus beneficios cambian para incluir la red Aexcel.

En el caso de **los miembros con un plan Tradicional que recientemente se han inscrito en un plan Tradicional de Aetna (no HMO)**, la cobertura de transición de atención de Aetna se considera para los tratamientos activos, es decir, cuando usted ya ha iniciado un programa de servicios planificados con su médico para corregir o tratar una condición médica diagnosticada. La fecha de inicio es aquella en que recibe el primer servicio o tratamiento. Un tratamiento activo cubre una cierta cantidad de servicios o un período de tratamiento en situaciones especiales. Algunos ejemplos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Miembros que se inscriben en Aetna con más de 20 semanas de embarazo. Los miembros con menos de 20 semanas de embarazo que, según confirmación de Aetna, son casos de alto riesgo, se revisan de forma individual.
- Miembros que siguen un plan de tratamiento en curso, como quimioterapia o radioterapia.
- Miembros que sufren una enfermedad terminal y tienen una esperanza de vida de seis meses o menos.
- Miembros que necesitan más de una cirugía, como la reparación de paladar hendido.
- Miembros que recientemente han sido sometidos a cirugía.
- Miembros que reciben tratamiento ambulatorio por una enfermedad mental o por abuso de sustancias. (El miembro debe haber asistido por lo menos a una sesión de tratamiento dentro de los 30 días anteriores a la fecha de vigencia/renovación del plan de Aetna).
- Miembros con una condición médica existente o que los incapacita y que empeora repentinamente.
- Miembros que podrían necesitar un trasplante de órganos o de médula ósea, o a quienes se les ha realizado uno de ellos.

Para los miembros de un plan Tradicional que se han inscrito recientemente en un plan de Aetna, la cobertura de TOC estándar de Aetna habitualmente dura 90 días, aunque esto puede variar según su condición (por ejemplo, en el caso de un embarazo).

Para tener posibilidades de recibir cobertura de TOC, el tratamiento debe haber comenzado *antes* de la fecha de inscripción o de reinscripción, *antes* de la fecha en que su médico dejó de pertenecer a la red de Aetna o *antes* de que cambiara la designación en la red Aexcel de un médico.



Preguntas y respuestas sobre la cobertura de transición de atención de Aetna

Productos completamente asegurados HMO comercial y tradicional de California

- P. ¿Qué otros tipos de proveedores, además de los médicos, podrían considerarse para la cobertura de TOC?
- R. Los profesionales de la salud como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla y agencias que prestan servicios de atención domiciliar especializada como las visitas de enfermeras, entre otros. Los proveedores que se consideran para la cobertura de transición pueden variar según la condición, como se describió antes, conforme a las leyes de California. La TOC de California no se aplica a los prestadores de equipo médico duradero (DME) ni de servicios de farmacia. La TOC estándar de Aetna no se aplica a los prestadores de equipo médico duradero (DME) ni de servicios de farmacia, así como tampoco a los centros de atención de salud (por ejemplo, hospitales o centros de enfermería especializada).
- P. Si mi médico me está tratando en la actualidad, ¿por qué podría no aprobarse mi solicitud de cobertura de TOC de California o estándar de Aetna?
- R. Además de estar recibiendo tratamiento actualmente, su solicitud debe estar relacionada con un procedimiento o servicio cubierto. Su médico también debe aceptar los términos que se explican en el formulario de solicitud de TOC.
- P. Mi PCP ya no es un proveedor de Aetna. Si mi plan requiere que elija a un PCP, ¿podré continuar viendo a mi médico?
- R. Si su médico de cuidado primario (PCP) lo está tratando en la actualidad, usted podrá continuar visitándolo, incluso si deja de pertenecer a la red. Hable con su PCP para que lo ayude con sus necesidades futuras de atención de salud.
- P. ¿Cuánto dura la cobertura de TOC?
- R. Consulte la primera pregunta, “¿Qué es la cobertura de transición de atención (TOC)?”.
- P. ¿Cómo me inscribo para recibir cobertura de TOC?
- R. Comuníquese con su empleador o con Servicios al Cliente de Aetna. Debe enviar un formulario de solicitud de cobertura de transición a Aetna:
- dentro de los noventa (90) días posteriores a su inscripción o reinscripción,
 - dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que el proveedor dejó de pertenecer a la red de Aetna, o
 - dentro de los 90 días posteriores al cambio de designación en la red Aexcel de un médico.
- Tanto usted como su médico pueden enviar el formulario de solicitud.
- P. ¿Cómo sé si se aprueba mi solicitud de cobertura de TOC?
- R. Recibirá una carta por el correo de los Estados Unidos. Allí podrá ver si su solicitud ha sido aprobada o no.
- P. ¿La cobertura de TOC se aplica al plan Traditional Choice®?
- R. No, este plan no tiene una red de proveedores.
- P. ¿Qué sucede si tengo un plan Aexcel?
- R. Si se aprueba la cobertura de TOC, usted aún puede recibir atención al nivel más alto de beneficios durante un cierto período. Si continúa un tratamiento con un médico que no forma parte de la red Aexcel o un médico cuya designación en la red Aexcel cambia una vez finalizado el período aprobado, su cobertura se regirá por lo que determina el diseño de su plan. Esto significa que podría tener beneficios reducidos o no contar con ellos en absoluto.
- P. ¿Qué debo hacer si tengo más preguntas sobre la cobertura de transición de atención?
- R. Llame al número de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación (ID) de Aetna. Si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental de la TOC, puede llamar al número de Servicios al Cliente incluido en su tarjeta de identificación de Aetna o, si está impreso, al número de servicios de salud mental o del comportamiento.



Solicitud de cobertura de transición

Personal y confidencial

Este formulario se aplica a los miembros completamente asegurados del plan HMO comercial de California.

1. Información del empleador (Importante: Complete un formulario por separado para cada miembro).

Nombre del empleador (escriba en letra de imprenta)	Número de control del plan	Fecha de vigencia del plan (obligatorio)
---	----------------------------	--

2. Información del paciente y del solicitante

Nombre del solicitante (escriba en letra de imprenta)	Número de Seguro Social del solicitante (o número de identificación de Aetna)	
Dirección del solicitante (escriba en letra de imprenta)		
Nombre del paciente (escriba en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono
Dirección del paciente (escriba en letra de imprenta)	Producto o tipo de plan	

3. Autorización

Solicito que se apruebe la cobertura de la atención actual de parte del proveedor de atención de salud que figura más abajo para el tratamiento que comenzó antes de mi fecha de vigencia con Aetna, antes de que finalizara el contrato del proveedor con la red de Aetna o antes de que cambiara la designación en la red Aexcel del proveedor. Si se aprueba, comprendo que la autorización de cobertura para los servicios que se indican a continuación tendrá validez por un período limitado. Autorizo al proveedor de atención de salud a enviar a Aetna toda información o registros médicos necesarios para que pueda tomarse una decisión.

Firma del paciente (obligatoria si el paciente tiene 17 años de edad o más)	Fecha (MM/DD/AAAA)
Firma del padre/de la madre (obligatoria si el paciente tiene 16 años de edad o menos)	Fecha (MM/DD/AAAA)

4. Información del médico

Nombre del médico tratante u otro proveedor de atención de salud (escriba en letra de imprenta)	Número de teléfono
Dirección del médico tratante u otro proveedor de atención de salud (escriba en letra de imprenta)	Hospital (si corresponde)
Brinde toda información específica que pueda ayudar a evitar demoras en el procesamiento de esta solicitud.	

Declaraciones falsas. Atención residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el siguiente aviso: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Aviso escrito del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) sobre la disponibilidad de asistencia lingüística

HMO and DMO-based plans - IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call right away at **1-877-287-0117**.

Planes basados en DMO y HMO - IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? En caso de no poder leerla, le brindamos nuestra ayuda. También puede obtener esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame de inmediato al **1-877-287-0117**.