

## Departamento regional de manejo de pacientes

Tema  
**Póliza de cobertura de transición  
de atención**  
**Enmiendas a los planes de HMO  
de California**

Departamento de origen  
**Administración de calidad de la región oeste**

Autoridad firmante: Presidente del Comité Supervisor de la  
Calidad (QOC)  
Fecha: 01/20/09

Se aplica al departamento:  PM  Precertificación  NME  WH  BH  DM  IHL  EAP

Producto:  HMO  EPO  PPO  MC/POS  TC  Medicare Advantage (HMO)  Medicare Advantage (PPO)  Medicare Advantage (PFFS)

Tipo:  Nuevo  Revisión  Sustitución  Revisión: sin cambios

### Comunicaciones afines:

PM 600-01 y PM 600-02, Póliza y procedimientos de cobertura de transición de atención para operaciones médicas con anexos

### Objetivo:

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

### Antecedentes:

El estado de California exige que se cumplan requisitos diferentes de los que se detallan en la Póliza de cobertura de transición de atención, PM 600-01, aprobada el 20 de enero de 2009 por el Comité Supervisor de la Calidad (QOC) de la región oeste. Esta enmienda se utilizará con la PM 600-01 para cumplir con los requisitos normativos y establecidos por las leyes del estado 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 a 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 para 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, 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:**

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 Network<sup>SM</sup> 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.

**Anexos:**

**Anexo A:** Formulario de solicitud de cobertura de transición.

**Póliza:**

- A. Con el objetivo de proporcionar continuidad en la atención para 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: En el caso de 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: En el caso de una persona recientemente inscrita y cubierta que, en el momento en que la cobertura entró en vigencia, recibía servicios de ese proveedor por una de las condiciones médicas descritas más abajo.
- B. Las condiciones médicas para las que Aetna ofrecerá prestar los servicios cubiertos son:
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 nueva cobertura de una persona 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 nueva cobertura de una persona 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 nueva cobertura de una persona inscrita.**
7. Salud del comportamiento. Aetna facilitará continuidad en la atención para personas recientemente inscritas cuyos empleadores hayan cambiado de planes de salud y que 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 éste, 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.
  - 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 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 del 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 continuidad en la atención para personas recientemente inscritas cuyos empleadores se hayan cambiado a Aetna EAP y que reciban servicios de proveedores de salud mental no participantes.
  - Si los proveedores rechazan la tarifa o el cumplimiento de los procedimientos de EAP, se les ofrece a los miembros una opción dentro de la red de EAP.

#### C. Consideraciones contractuales

1. A menos que se acuerde lo contrario entre el proveedor cuyo contrato finalizó 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 finalizó 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, 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 atendido por un proveedor de Aetna contratado en la actualidad.
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 de pares y garantía de calidad. Ni Aetna ni el grupo de proveedores están obligados a mantener 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 de 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 mantener 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.
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 mantener los servicios de un proveedor cuyo contrato ha finalizado si éste 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 en la 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 departamento 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 por escrito de la decisión dentro de los dos (2) días hábiles. Si se obtienen servicios antes de la aprobación de la transición de beneficios, éstos deben ser aprobados por el Director Médico para que la cobertura se extienda al nuevo nivel del plan. El Director Médico considera las demoras en las que incurre el plan y que podrían haber afectado la recepción de servicios por parte de la persona inscrita antes de la aprobación de la cobertura de transición.

3. Tal como se comunica en el aviso de divulgación y en 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 solicitar 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 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 departamento de servicios de información a proveedores crea un informe de reasignación de personas inscritas considerando su cercanía con otros médicos de cuidados primarios (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 (PMG) o la Asociación de Médicos Independientes (IPA) del PCP tiene la capacidad administrativa y financiera para manejar traspasos en bloque, el personal de gestión de redes acuerda con el PGM o la IPA la aceptación de esta asignación de personas inscritas. En servicios de información a proveedores se generan cartas de aviso para las personas inscritas (anexo A) 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 departamento 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, el departamento de gestión de redes 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 en la atención. El departamento de gestión de redes se asegura de que los hospitales alternativos respeten las pautas geográficas del

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) y tengan la misma variedad de servicios que el hospital cuyo contrato finalizó. El departamento de servicios de información a proveedores envía cartas de aviso para personas inscritas (anexo B) 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 contratado en un grupo de proveedores, el grupo de proveedores notifica la finalización del contrato al departamento de gestión de redes. El grupo de proveedores también designa al nuevo proveedor individual a quien se asignarán los miembros y este departamento lleva a cabo esas asignaciones. Servicios de información a proveedores luego envía los avisos a los miembros, 60 días antes de la fecha de finalización del contrato.
  - En caso de finalización del contrato de proveedores individuales que tienen un acuerdo directamente con Aetna, el departamento de gestión de redes recibe y procesa el aviso de la finalización. Luego, este departamento se comunica con uno o más proveedores individuales para verificar que puedan asumir la responsabilidad de los miembros asignados al proveedor cuyo contrato finalizó. Una vez realizada esta verificación, reasigna a los miembros y el departamento de servicios de información a proveedores envía los avisos 30 días antes de la fecha de finalización del contrato.
  - Cuando no se producen las finalizaciones de contratos previstas, el departamento de gestión de redes informa al departamento de servicios de información a proveedores, y éste 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 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 que las 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 los anexos A, B, C, D y E** si desea ver las plantillas de estos avisos a las personas inscritas que han sido aprobados 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**  
(Consulte el reverso si desea ver preguntas y respuestas sobre la cobertura de transición de atención).

Ésta es una solicitud formal para que Aetna cubra la atención actual en el nivel de beneficios preferido o el 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.

Recibirá una respuesta por correo con respecto a la decisión de cobertura. Si no se aprueba la cobertura, la atención brindada por el médico u otro proveedor de atención de salud que usted eligió:

- no estará cubierta a partir de la fecha de vigencia del plan;
- no estará cubierta a partir de la fecha del cambio de designación en la red Aexcel del médico;
- no estará cubierta una vez que finalice el contrato del proveedor con la red de Aetna; o
- estará cubierta a una tarifa no preferida o a la tarifa más baja dentro de la red.

**Paso 1:** (Instrucciones para el paciente). Por favor, complete las siguientes secciones:

- Sección 1: información del empleador.
- Sección 2: información del paciente y del solicitante; ésta se encuentra en el frente de la tarjeta de identificación (ID) de Aetna.
- 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 (Información del médico).

**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:** La cobertura de transición **no** se aplica a los proveedores dentro de la red (participantes) de Aetna. Para averiguar si su médico pertenece a la red u obtener ayuda para encontrar un proveedor participante en su plan de Aetna, visite DocFind®, nuestro directorio en línea de proveedores, en [www.aetna.com](http://www.aetna.com), o bien comuníquese con Servicios al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación (ID) de Aetna.

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

**Envíe las solicitudes por salud mental/abuso de drogas o alcohol por fax al 801-256-7679**

### 1. Información del empleador

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

### 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 indica 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 ( <b>obligatoria</b> si el paciente es mayor de 17 años)	Fecha (MM/DD/AAAA)	
Firma de los padres ( <b>obligatoria</b> si el paciente es menor de 16 años)	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:** 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.

P. ¿Qué es la cobertura de transición?

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 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 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 antes mencionadas 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 Network<sup>SM</sup> HMO renuevan 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:

- 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.

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 domiciliaria especializada como las visitas de enfermeras. 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 compartir con Aetna información relacionada con el plan de tratamiento, utilizar la red de proveedores de Aetna para cualquier remisión, estudio de laboratorio u hospitalización necesarios y no solicitarle el pago de ningún monto por el cual usted no sería responsable si su médico formara parte de la red de Aetna.

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. Los miembros pueden continuar recibiendo atención de un médico de cuidado primario no participante para obtener los servicios cubiertos que se mencionaron anteriormente. Hable con su PCP para que lo ayude con sus necesidades futuras de atención de salud.

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. Se le informará si su solicitud de cobertura de TOC es aprobada, en cuyo caso también se le notificará su duración.

P. ¿La cobertura de TOC se aplica al plan Traditional Choice<sup>®</sup>?

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 registrará por lo que determina el diseño de su plan. Esto significa que podría tener beneficios reducidos o no contar con ellos en absoluto.

P. Si tengo otras preguntas acerca de la TOC, ¿con quién debo comunicarme?

R. Puede llamar a Servicios al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación (ID) de Aetna. Si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental de la TOC, puede llamar a Servicios al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación (ID) de Aetna o, si está impreso, al número de servicios de salud mental o del comportamiento.