



Solicitud de beneficios para la transición de la atención médica y divulgación de información para asegurados

Complete este formulario si recibe atención de médicos o profesionales médicos que no se encuentran en el directorio de profesionales médicos y quisiera recibir asistencia para coordinar su atención médica con su nueva cobertura médica. Es posible que sea necesario solicitar información médica a los médicos y profesionales que lo atienden. Para los servicios incluidos, los beneficios de transición de la atención médica podrían estar disponibles por un período de hasta 90 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de la cobertura grupal. Luego de 90 días, el director médico revisará cualquier solicitud de beneficios, realizada por escrito, según nuestro proceso estándar de revisión de autorizaciones previas.

Importante: Debe hablar acerca de los beneficios de transición de la atención médica con un especialista en la administración de casos clínicos si el contrato de la cobertura grupal ya está vigente. Llame al número para certificaciones previas que se encuentra en su tarjeta de asegurado. Los profesionales médicos que no forman parte de la red de su cobertura aún pueden facturar costos que sobrepasen nuestro monto permitido.

Nombre del grupo _____ N.º de grupo _____

Nombre de la empresa _____ N.º de asegurado/N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con el empleado _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular _____ Teléfono laboral _____ Teléfono celular _____

INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

¿Cuál es el problema médico, diagnóstico o plan de tratamiento por el cual el paciente solicita los beneficios de transición de la atención médica? _____

¿Está recibiendo atención médica por embarazo? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es la fecha prevista para el parto? _____

¿Existe alguna cirugía programada o realizada recientemente? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es o fue la fecha de la cirugía? _____

¿Está inscrito en una lista de espera para trasplantes? Sí No Si la respuesta es "Sí", proporcione una copia de la carta de aprobación.

¿Tiene una cita programada con un médico o profesional médico? Sí No Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de la próxima cita del paciente: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO O PROFESIONAL MÉDICO

Nombre del médico o profesional _____ Dirección _____ Teléfono _____

Hospital, proveedor de equipo médico duradero o establecimiento del grupo médico _____ Fecha de la última consulta _____ Fecha de la próxima consulta _____

Nombre del médico o profesional _____ Dirección _____ Teléfono _____

Hospital, proveedor de equipo médico duradero o establecimiento del grupo médico _____ Fecha de la última consulta _____ Fecha de la próxima consulta _____

Nombre del médico o profesional _____ Dirección _____ Teléfono _____

Hospital, proveedor de equipo médico duradero o establecimiento del grupo médico _____ Fecha de la última consulta _____ Fecha de la próxima consulta _____

Un representante del equipo de determinación de tratamientos podría comunicarse con usted para solicitar expedientes médicos a fin de realizar una revisión clínica.

¿Cuál es el mejor número para comunicarnos con usted? Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____

Por medio del presente, autorizo al director médico de Blue Cross and Blue Shield of Texas o a una persona designada a obtener información y expedientes médicos de los médicos o profesionales mencionados anteriormente para tomar una decisión informada sobre mi solicitud para la continuidad de tratamiento (beneficios de transición de la atención médica) según el seguro de gastos médicos. Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de este formulario de autorización.

Firma: (Paciente o representante legal) _____ Fecha _____

Enviar formulario:	Por fax: 866-739-4093	Por correo: Blue Cross and Blue Shield of Texas Utilization Management – Transitional Benefits P.O. Box 833874 Richardson, TX 75083-3874
--------------------	------------------------------	--

Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Si necesita recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos, llámenos sin cargos al 855-710-6984.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar su inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您, 或您正在協助的對象, 對此有疑問, 您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員, 請撥電話號碼 855-710-6984.
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજા વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયદકમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
日本語 Japanese	ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、ご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報入手したり することができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、855-710-6984 までお電話ください。
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
ພາສາລາວ Laotian	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ, ທ່ານມີສິດຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ ມູນເບີນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອລົມກັບນາຍແປພາສາ, ໃຫ້ໃຫ້ຫາບໍ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da biká anánílwo'ígíí, na'idíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóóti'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł dóó bína'idíłkidígíí bee ní hodoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'i' hodíílnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 855-710-6984.