



## Las Instrucciones para la Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica

El Departamento de Continuidad de la Atención de Ambetter de Arizona Complete Health se dedica a ayudarle a recibir un cuidado ininterrumpido y coordinado si usted es elegible para el beneficio de continuidad en la asistencia médica. Para solicitar este beneficio, complete el Formulario de Solicitud para la Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica que se encuentra en páginas 1 y 2 y envíelo por fax o correo.

### TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

1. Complete el Formulario de Solicitud para la Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica de Ambetter de Arizona Complete Health según su mejor criterio. Incluidas:
  - Las instrucciones para la continuidad en la prestación de asistencia médica
  - El Formulario de Solicitud para la Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica de Arizona Complete Health
  - La solicitud de información del proveedor (**opcional**)
2. La tercera página (Sección 2) del Formulario de Solicitud para la Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica es un sección opcional que puede completar su proveedor de servicios para ayudarle con su solicitud. Sin embargo, no será aceptada sin el formulario completo de Solicitud para la Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica.
3. El Formulario de Solicitud para la Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica debe presentarse dentro de los 30 días a partir de la fecha de vigencia de la inscripción o dentro de 30 días de la terminación del proveedor.
4. Envíe todos los formularios por fax o correo al Departamento de Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica de Ambetter de Arizona Complete Health al 1-833-435-7126 o a:  
  
Ambetter Continuity of Care Department  
1870 W Rio Salado Parkway  
Tempe, AZ 85281
5. Por favor, contacte al Centro de Comunicación con el Cliente de Ambetter de Arizona Complete Health al 1-888-926-5057 (TTY: 711) si necesita ayuda para completar este formulario o si tiene alguna pregunta acerca de este proceso.

Se considera cada solicitud para la continuidad en la prestación de asistencia médica basándose en el plan de beneficios, leyes estatales aplicables, conveniencia médica y necesidades médicas. Una vez recibido el Formulario de Solicitud para la Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica, se le asignará un administrador de atención de enfermería para revisar sus necesidades de cuidado. Se le notificará por teléfono y/o por correo una vez recibido el formulario completo.

# la Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica



En Arizona Complete Health entendemos que es posible que usted reciba atención de un proveedor que no tenga contrato con Arizona Complete Health. Si siente que está en una situación especial y su atención no puede transferirse a un proveedor de la red de Arizona Complete Health a la fecha de cambio de su plan, o la fecha de nueva afiliación a Arizona Complete Health, usted puede solicitar que Arizona Complete Health revise su situación. En ciertas circunstancias, es posible que usted tenga derecho a continuar con su atención con este proveedor que no tiene contrato con Arizona Complete Health.

Para solicitar tal revisión, proporcione la siguiente información de la manera más completa y precisa posible a fin de evitar demoras al procesar su solicitud. Usted o su representante autorizado puede completar este formulario. Si es posible, complete la Sección 1 a continuación, luego bríndele este formulario a su proveedor para que complete la Sección 2 y nos ayude a procesar su solicitud de continuidad de la atención.

Es posible que el Departamento de Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica se comunique con usted al número anteriormente indicado para solicitar más información o para responder a la solicitud de su paciente. Gracias por su rápida atención a este asunto. Tenga en cuenta que completar el Formulario de Solicitud para la Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica no garantiza que se cubran los servicios solicitados. Cada caso se revisa siguiendo las pautas y el criterio que corresponda.

Sección 1 – Formulario de Solicitud para la Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica	
Nombre del afiliado:	Nombre del suscriptor:
Número de identificación del suscriptor:	Fecha de nacimiento del afiliado:
Marque lo que corresponda: HMO      POS      PPO      EPO      HSP	
Dirección del afiliado:	
N.º de teléfono del afiliado (trabajo):	N.º de teléfono del afiliado (particular):
Número preferido para llamar entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m.:	
INFORMACIÓN ACTUAL	
Grupo médico/Compañía de seguros:	N.º de teléfono:
Médico de atención primaria:	N.º de teléfono:
Diagnóstico actual/descripción de la afección:	
Tratamiento(s) actual:	
INFORMACIÓN NUEVA DEL PROVEEDOR (SI HA ELEGIDO / HA ASIGNADO UN PROVEEDOR DE LA RED DE ARIZONA COMPLETE Health)	
Grupo médico/Compañía de seguros:	N.º de teléfono:
Médico de atención primaria:	N.º de teléfono:
Motivo(s) para solicitar la continuidad en la prestación de asistencia médica	
MI(S) NECESIDAD(ES) MÉDICA(S) ES/SON LA(S) SIGUIENTE(S) (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):	
Embarazo en el segundo y tercer trimestre y atención posparto inmediata	Servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios
Afección aguda	Afección crónica grave
	Enfermedad terminal
Nombre del especialista:	N.º de teléfono:
Nombre del especialista:	N.º de teléfono:
Nombre del especialista:	N.º de teléfono:
Fecha de la cita programada:	N.º de autorización, si está disponible:
Autorizado por:	

**OTRAS NECESIDADES ESPECIALES O COMENTARIOS (AGREGUE OTRA PÁGINA PARA INFORMACIÓN ADICIONAL SI LO NECESITA.)**

**AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN**

Firma del afiliado:

Fecha:

**SI SE COMPLETA POR ALGUIEN QUE NO SEA EL AFILIADO**

Nombre del solicitante:

Relación con el afiliado:

N.º de teléfono:

Fecha:

**Sección 2 – Solicitud de información del proveedor (opcional)**

Esta sección es opcional, pero si se completa, se debe presentar con la primera parte completa del Formulario de Solicitud para la Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica. No se requiere pero acelerará la revisión de su solicitud.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE (DEBE COMPLETARSE POR EL AFILIADO A ARIZONA COMPLETE HEALTH)**

Nombre del suscriptor:

Identificación de Arizona Complete Health (si está disponible):

Dirección:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

N.º de teléfono:

Nombre del proveedor tratante fuera de la red:

N.º de teléfono:

Tenga en cuenta que su proveedor puede necesitar que complete una autorización para divulgar información.

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR (DEBE SER COMPLETADA POR EL AFILIADO A ARIZONA COMPLETE HEALTH)**

El paciente solicitó que Arizona Complete Health cubra los servicios prestados por usted por un diagnóstico y tiempo específicos. Si acepta continuar atendiendo al paciente y las tarifas estándares de Arizona Complete Health, proporcione la información requerida para evaluar la solicitud del paciente. Si no desea aceptar las tarifas estándares de Arizona Complete Health, indíquelo a continuación.

Marque una de las opciones:  Acepto continuar atendiendo a este paciente y las tarifas estándares de Arizona Complete Health.

No deseo continuar atendiendo a este paciente. Usted puede saltarse la sección a continuación.

Diagnóstico:

Código(s) ICD:

Duración prevista del período de transición:

Tratamiento/Plan de tratamiento:

Tratamiento/Fecha de la cirugía:

Para embarazos: EDC:

Código(s) CPT:

Nombre del proveedor tratante fuera de la red (en letra de imprenta):

N.º de teléfono:

Número de identificación fiscal:

Firma del proveedor tratante fuera de la red:

Fecha:

Envíe el formulario completo y cualquier documentación complementaria que crea apropiada al Departamento de Continuidad en la Prestación de Asistencia Médica de Arizona Complete Health al 1-833-435-7126.

O puede enviarla por correo a:

Ambetter Continuity of Care Department

1870 W Rio Salado Parkway

Tempe, AZ 85281

Arizona Complete Health cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Arizona Complete Health tampoco excluye a personas ni las trata de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Arizona Complete Health brinda lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de Arizona Complete Health al **1-888-926-5057 (TTY: 711)**.

Si cree que Arizona Complete Health no le ha brindado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna otra manera por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Arizona Complete Health está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica a través del portal que dicha oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede enviar la queja por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card. Individual & Family Plan members please call 1-888-926-5057 (TTY: 711); Small Business members please call 1-888-926-5122 (TTY: 711). Employer group members please call 1-800-289-2818 (TTY: 711).

## Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية. يرجى من أعضاء خطة الأفراد والعائلة الاتصال على الرقم 1-888-926-5057 (TTY: 711)؛ ويرجى من أعضاء الأعمال الصغيرة الاتصال على الرقم 1-888-926-5122 (TTY: 711). يرجى من أعضاء مجموعة أصحاب العمل الاتصال على الرقم 1-800-289-2818 (TTY: 711).

## Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人將文件內容唸給您聽。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡。個人與家庭計畫的會員請致電 1-888-926-5057 (TTY: 711) 小型企業的會員請致電 1-888-926-5122 (TTY: 711)。雇主團體的會員請致電 1-800-289-2818 (TTY: 711)。

## French

Aucun service linguistique avec coût. Vous pouvez obtenir un interprète. Les documents peuvent être lus pour vous. Pour obtenir de l'aide, appelez-nous au numéro figurant sur votre carte d'identité. Membres des programmes pour particuliers et familles, veuillez composer le 1-888-926-5057 (TTY: 711). Membres des programmes pour petites entreprises, veuillez composer le 1-888-926-5122 (TTY: 711). Membres du groupe d'employeurs, veuillez composer le 1-800-289-2818 (TTY: 711).

## German

Kostenloser Sprachendienst. Dolmetscher sind verfügbar. Dokumente können Ihnen vorgelesen werden. Wenn Sie Hilfe benötigen, rufen Sie uns unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an. Mitglieder von Einzel- und Familienpolen rufen bitte unter 1-888-926-5057 (TTY: 711) an; Kleinunternehmen-Mitglieder rufen bitte unter 1-888-926-5122 (TTY: 711) an. Arbeitgeber-Gruppenmitglieder rufen bitte unter 1-800-289-2818 (TTY: 711) an.

## Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話ください。個人および家族向けプランのメンバーの方は1-888-926-5057 (TTY: 711) まで、小規模企業メンバーの方は1-888-926-5122 (TTY: 711) までお電話ください。雇用主を通じた団体保険のメンバーの方は、1-800-289-2818 (TTY: 711) までお電話ください。

## Korean

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움을 원하시면, 보험 ID에 수록된 번호로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 계획가입자분은 1-888-926-5057 (TTY: 711)번으로 전화해 주시고, 소기업가입자분은 1-888-926-5122 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 고용주 그룹 가입자분은 1-800-289-2818 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

## Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hólo. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah dóó ta' da hach'í' él'í'íh. Shíká a'doowoł nínzingo naaltsoos bee néiho'dólzínígíí bikáa'gi béésh bee hane'í bikáa' áají' hodíílnih. T'áá hó dóó ha'á'chíní bił hak'é'éstí'ígíí kojí' hojilnih 1-888-926-5057 (TTY: 711); Small business deíhíníjí atah níí'igo éí kojí' hólné' 1-888-926-5122 (TTY: 711). Employer groupqí atah níí'igo éí kojí' hodíílnih 1-800-289-2818 (TTY: 711).

## Persian (Farsi)

کسب اطلاعات، با ما به شماره ای که در کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید. اعضای برنامه انفرادی و خانواده لطفاً با شماره 1-888-926-5057 (TTY: 711) تماس بگیرید؛ اعضای واحد بازرگانی کوچک با شماره 1-888-926-5122 (TTY: 711) تماس بگیرید. اعضای گروه کارفرما لطفاً با شماره 1-800-289-2818 (TTY: 711) تماس بگیرید.

