

Formulario de solicitud de continuidad de la atención médica/transición de la atención médica **Lista de comprobación de campos obligatorios**

Instrucciones:

- Los campos obligatorios no le permitirán continuar sin una respuesta.
- La lista de comprobación que figura a continuación enumera las preguntas obligatorias; le pedimos que intente responder a todas las preguntas, aunque no sean obligatorias, ya que ayudará a tomar una decisión sobre su solicitud.

Información del plan

- Tipo de plan (Oscar o Cigna+Oscar)
- Estado

Información del afiliado

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- ID del afiliado

Información del solicitante

- ¿La persona que completa el formulario es el afiliado o representante autorizado?
 - Si es un representante autorizado:
 - Nombre
 - Relación con el afiliado
 - ¿Tiene permiso para ayudar al afiliado?
 - Número de teléfono

Proveedor solicitado

- ¿Es usted un nuevo afiliado o su proveedor ha abandonado la red?
- Tipo/especialidad del proveedor
- Estado del proveedor
- Nombre completo del proveedor
- N.º de teléfono
- N.º de fax
- ¿Cuándo fue su última visita?

Información del centro o proveedor (si corresponde)

- Nombre del centro/agencia/proveedor
- Dirección del centro/agencia/proveedor
- Número de teléfono (+ ext.)
- Número de fax

Código de afección/diagnóstico

- Diagnóstico de DCI 10 O descripción de la afección
- ¿Está solicitando concurrente (mientras recibe los servicios) frente a preservicio (antes de recibir los servicios)?
- ¿Está solicitando fechas de servicio específicas?

Información del servicio

- ¿Esta solicitud es para consultas/visitas o servicios específicos?
- (si las visitas están marcadas) n.º de visitas solicitadas
- (si se marcan servicios específicos) Pacientes hospitalizados o ambulatorios
- Tipo de servicio
- Lugar de servicio
- ¿Puede proporcionar los códigos de procedimiento?
 - En caso afirmativo, enumérelos e indique la cantidad.

Plazos y fechas del servicio

- ¿Está solicitando fechas específicas?
 - Si es así, enumérelas.

Caso existente

- Si esta es una solicitud para extender o renovar una aprobación anterior fuera de la red, indique su número de referencia.

Registros médicos

- Cargue los registros médicos, de ser posible.

Formulario de solicitud fuera de la red Lista de comprobación de los campos obligatorios

Instrucciones:

- Los campos obligatorios no le permitirán continuar sin una respuesta.
- La lista de comprobación que figura a continuación enumera las preguntas obligatorias; le pedimos que intente responder a todas las preguntas, aunque no sean obligatorias, ya que ayudará a tomar una decisión sobre su solicitud.

Información del plan

- Tipo de plan (Oscar o Cigna+Oscar)
- Estado

Información del afiliado

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- ID del afiliado

Información del solicitante

- ¿La persona que completa el formulario es el afiliado o representante autorizado?
 - Si es un representante autorizado:
 - Nombre
 - Relación con el afiliado
 - ¿Tiene permiso para ayudar al afiliado?
 - Número de teléfono

Proveedor fuera de la red solicitado

- ¿Está solicitando atención fuera de la red con un proveedor específico?
 - Si la respuesta es Sí:
 - Nombre
 - Número de teléfono
 - Número de fax
 - ¿Ha establecido la atención con este proveedor?
- Tipo/especialidad del proveedor
- Estado del proveedor

Información del proveedor que deriva

- ¿Se lo deriva para recibir atención fuera de la red por parte de un proveedor que no sea el proveedor fuera de la red solicitado?
 - Si la respuesta es Sí:
 - ¿Quién es el proveedor que deriva?
 - Nombre completo del proveedor
 - Número de teléfono (+ ext)

- Número de fax

Códigos de afección/diagnóstico

- Diagnóstico de DCI 10 O descripción de la afección
- ¿Está experimentando actualmente algún efecto secundario relacionado con esta afección/diagnóstico?
 - Si la respuesta es Sí
 - Describa

Plazos y fechas del servicio

- ¿Está solicitando concurrente (mientras recibe los servicios) frente a preservicio (antes de recibir los servicios)?
- ¿Está solicitando fechas específicas?
 - Si es así, enumérelas.

Información del centro o proveedor (si corresponde)

- Nombre del centro/agencia/proveedor
- Dirección del centro/agencia/proveedor
- Número de teléfono (+ ext.)
- Número de fax

Procedimientos

- ¿Puede proporcionar los códigos de procedimiento?
 - En caso afirmativo, enumérelos e indique la cantidad.

Proveedores dentro de la red

- ¿Ha consultado anteriormente a algún proveedor de la red por esta afección?
 - Si la respuesta es sí, ¿el proveedor dentro de la red pudo brindarle tratamiento para esta afección?
 - Enumere todos los proveedores/centros de la red que no han podido tratarlo y por qué no pudieron tratarlo.

Registros médicos

- Oscar requerirá registros médicos para tomar una decisión sobre su solicitud de autorización fuera de la red. ¿A quién podemos solicitarle los registros médicos?
- Nombre completo del proveedor
- Número de teléfono (+ ext)
- Número de fax

Caso existente

- Si esta es una solicitud para extender o renovar una aprobación anterior fuera de la red, indique su número de referencia.