



CONTINUIDAD DE ATENCIÓN

En vigor del 1 de enero de 2022, el Acta de No Sorpresas (por sus siglas en inglés, Act of No Surprises [NSA]) requiere que los planes médicos o que los emisores les avisen a afiliados particulares cuando un proveedor o centro sea terminado de la red debido a la expiración de un contrato o por falta de renovar. Bajo la NSA, los miembros del plan tienen el derecho, como un “paciente con atención de continuación,” de elegir a continuar en el curso del tratamiento por un plazo de tiempo del proveedor o del centro que sea terminado bajo la misma cobertura y los mismos términos y condiciones que hubieran aplicado sin la terminación. Si usted está recibiendo cuidado continuado (curso activo de tratamientos) de un Proveedor que esté En la Red o de otra manera tenga una relación contractual con el Plan que rija dicha atención y relación contractual se termina, o no se renueva o de otra manera termina debido a cualquier otra razón aparte de la falta del Proveedor de cumplir con las normas de calidad pertinentes o aparte del fraude, el Participante tendrá los siguientes derechos a la continuación de atención médica. Si se aprueba, usted puede continuar consultando con su proveedor actual y los beneficios se pagarán según la cobertura en la red por 90 días.

Note que, durante la continuación, los beneficios del Plan serán procesados como si la terminación no hubiera ocurrido, sin embargo, pueda que el Proveedor tenga la libertad de buscar del Participante toda cantidad más allá de la cantidad de los beneficios del Plan.

Un curso activo de tratamientos quiere decir que ha comenzado un programa de servicios planificados con su proveedor para corregir o tratar una condición diagnosticada. He aquí algunas situaciones que puedan calificar para la continuación de atención médica:

- Quimioterapia o radioterapia
- Trasplantes de órganos
- Embarazos
- Terapia física, ocupacional o del lenguaje
- Enfermedad terminal

Antes de cumplir este formulario, favor de verificar el estado de su proveedor en la red por medio de ir al sitio web de su red o por medio de llamar a Delta Health Systems usando el número en su tarjeta de identificación.

Si usted o cual(es)quier otro(s) dependiente(s) eligible(s) actualmente recibe(n) un curso activo de tratamientos que pueda calificar para CDA, cumpla el Formulario de Continuidad de Atención en el lado reverso y regréselo a:

Preferido: special.project1@delapro.com

Delta Health Systems
PO Box 80
Stockton, CA 95201-3080
Fax: 209-939-3950



FORMULARIO DE PEDIDO PARA LA CONTINUIDAD DE ATENCIÓN

Cumpla este formulario si está recibiendo un curso activo de tratamientos y si dicho tratamiento tiene que continuar en o después del 1 de enero de 2022 por un proveedor que no se encuentra en la red. Un formulario distinto debe cumplirse para cada miembro familiar, si es necesario. Para información adicional sobre la CDA, favor de llamar a Delta Health Systems al 1-800-807-0820.

Sección I: Debe cumplirse por el paciente

Nombre del Inscrito:		# de Identificación de Atención Médica:
Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:
Número Telefónico:	Dirección:	
Yo pido la autorización para la cobertura de la continuidad de atención de tratamientos continuos del proveedor de atención médica nombrado abajo para tratamientos que comenzaron antes del 1 de enero de 2022, y que se esperan continuar durante los siguientes 90 días. Si se autoriza, entiendo que la autorización para el traslado de la cobertura de la atención médica de los servicios enumerados abajo será válida durante un plazo corto de tiempo y que dichos servicios tienen que ser un beneficio cubierto bajo el plan médico.		
Firma del Paciente		Fecha
Firma del Padre/Guardian (si tiene menos de 18 años)		Fecha

Section II: To be completed by treating provider

Provider's Name and Address:		
Provider's Phone Number and Contact:	Provider's Tax Identification Number:	
Signature of Treating Provider:		Date
Is the patient receiving ongoing care for one of the following conditions? (check all that apply)		
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Pregnancy	<input type="checkbox"/> Organ Transplant	<input type="checkbox"/> Terminal Illness
<input type="checkbox"/> PT/ST/OT	<input type="checkbox"/> Recent Surgery	<input type="checkbox"/> Chronic Disease
Specify: _____ Other Specify: _____		
Description of patient's treatment (including CPT Codes):		
Description of all medical diagnoses (including ICD codes):		
Date Treatment Started:	Date Treatment Expected to End:	