

Instrucciones para la Continuidad de la Atención

El Departamento de Continuidad de la Atención de California Health & Wellness le ayudará a recibir atención médica administrada sin interrupciones en la cobertura si puede recibir el beneficio de continuidad de la atención médica.

Siga estos pasos para el envío

- 1 Para solicitar este beneficio, complete el formulario de solicitud de continuidad de la atención que se encuentra en la página 2.**
 - Complete un formulario de solicitud de continuidad de la atención de California Health & Wellness por separado para cada proveedor.
 - Su proveedor de servicios puede completar el formulario de solicitud de continuidad de la atención para ayudarlo con su solicitud. **Nota:** La solicitud no se aprobará sin su formulario de solicitud de continuidad de la atención terminado.
- 2 Envíelo por fax o por correo.**

Envíe todos los formularios por fax al Departamento de Continuidad de la Atención de California Health & Wellness, al 866-295-4780.

O bien, envíelos por correo usando el sobre prepago incluido a la siguiente dirección:

California Health & Wellness Continuity of Care Dept.
MSC: CA21281-05-08
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91410-0422
- 3 Comuníquese con Servicios al Afiliado de California Health & Wellness si necesita ayuda.**

Llame si tiene problemas para completar este formulario o dudas sobre este proceso. Comuníquese con Servicios al Afiliado de California Health & Wellness al número gratuito 877-658-0305 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Después del envío

Cuando recibamos su formulario de solicitud de continuidad de la atención, le asignaremos un administrador en atención de enfermería para que revise sus necesidades de atención. Le avisaremos por teléfono o por correo postal cuando recibamos el formulario completado.

Cada solicitud de continuidad de la atención se considera en función de los siguientes:

- los beneficios del plan,
- las normas estatales aplicables,
- la relevancia en términos médicos,
- las necesidades clínicas.

Formulario de Solicitud de Continuidad de la Atención



N.º de fax: 866-295-4780

Fecha de hoy: _____

Este formulario debe completarse en su totalidad para evitar retrasos en la tramitación. Escriba con letra de imprenta.

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	Número para devolver la llamada del paciente:	N.º de identificación del paciente de CAH&W:
Dirección del paciente (calle, ciudad, código postal):		
Médico de atención primaria asignado al paciente:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	

Es probable que pueda mantener los médicos que no pertenecen a California Health & Wellness. Revisaremos su solicitud, en función de la cobertura de los beneficios de continuidad de la atención.

Motivos por los que se solicita asistencia para la continuidad de la atención.

Mis necesidades médicas incluyen las siguientes (marque todas las que correspondan):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Procedimiento/cirugía programada | <input type="checkbox"/> Cuidado de un recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses (sin exceder los 12 meses desde la fecha de inicio de la cobertura para un afiliado que acaba de adquirir cobertura) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad aguda | <input type="checkbox"/> Visita al consultorio de un especialista |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica grave | <input type="checkbox"/> Salud mental de la madre, sin exceder los 12 meses desde el diagnóstico o desde el final del embarazo, lo que ocurra primero |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad terminal | |
| <input type="checkbox"/> Embarazo y posparto inmediato | |

Nombre del médico con el que el paciente solicita continuar los servicios:

Dirección del médico (calle, ciudad, código postal):

Número de teléfono del médico:

Número de ID fiscal del médico (si corresponde): NPI del médico (si corresponde):

Diagnóstico del paciente: Código CPT del paciente:

Fecha de la próxima cita programada: Motivo de la cita:

¿Acudió el paciente al médico al menos una vez en los últimos 12 meses? Sí No

Explique por qué el paciente quiere ayuda con su atención médica actual. Anote el tipo de servicio que solicita.

Firma del paciente o nombre del representante de California Health & Wellness que recibe la solicitud:

(continúa)

Envíe el formulario completo a California Health & Wellness

Los pacientes pueden pedir a su médico que complete sus datos.

Dirección postal:

California Health & Wellness Continuity of Care Dept.

MSC: CA21281-05-08

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 91410-0422

Fax:

866-295-4780

Llame si tiene preguntas

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de California Health & Wellness al **número gratuito 877-658-0305 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.**

www.cahealthwellness.com

Aviso de No Discriminación

California Health and Wellness cumple con las leyes estatales y federales sobre derechos civiles y no discrimina, no excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identidad de origen étnico, edad, discapacidad mental o física, enfermedad, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

California Health and Wellness brinda:

- Herramientas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para facilitarles la comunicación con nosotros, como intérpretes del lenguaje de señas calificados e información por escrito en varios formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idioma gratuitos a personas cuya lengua principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita esos servicios o quiere solicitar este documento en un formato alternativo, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de California Health and Wellness, al 1-877-658-0305 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Si cree que California Health and Wellness no brindó estos servicios o que se discriminó de alguna otra manera ilícita, puede presentar una queja formal a California Health and Wellness por teléfono, por escrito, en persona o en línea.

- Por teléfono: Comuníquese con el coordinador de derechos civiles del plan de California Health and Wellness al 1-866-458-2208 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- Por escrito: Complete el formulario de quejas o envíe una carta a California Health and Wellness Plan Civil Rights Coordinator, P.O. Box 10287 Van Nuys, CA 91410-0287.
- En persona: Visite el consultorio de su médico o vaya a California Health and Wellness e informe que quiere presentar una queja formal.
- En línea: Visite el sitio web de California Health and Wellness, www.cahealthwellness.com.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California, en línea, por teléfono o por escrito.

- Por teléfono: Llame al 916-440-7370. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.
- Por escrito: Complete el formulario de quejas o escriba una carta y envíela a Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS0009, Sacramento, CA 95899-7413.

Los formularios de quejas están disponibles en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- En línea: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si cree que fue víctima de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre los derechos civiles por teléfono, por escrito o en línea a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

- Por teléfono: 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).
- Por escrito: Complete el formulario de quejas o envíe una carta a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201.

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

- En línea: Visite el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

English: If you, or someone you are helping, need language services, call 1-877-658-0305 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا كنت أنت، أو أي شخص تساعد، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم (1-877-658-0305 (TTY: 711) تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

Armenian: Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, գանգահարեք 1-877-658-0305 (TTY` 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-658-0305 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់មនុស្សពិការ ដូចជា PDF ដែលអាចប្រើសម្រាប់មនុស្សពិការបាន និងឯកសារព្រឹត្តិអក្សរធំៗ ក៏ត្រូវបានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនមានគិតតម្លៃសម្រាប់អ្នកទេ។

Chinese: 如果您或您正在帮助的其他人需要语言服务，请致电1-877-658-0305 (TTY: 711)。另外，还为残疾人士提供辅助和服务，例如易于读取的PDF和大字版文件。这些服务对您免费提供。

Farsi: اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-877-658-0305 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

Hindi: यदि आपको, या जिसकी आप मदद करे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-877-658-0305 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

Hmong: Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-877-658-0305 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, pab kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

Japanese: ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-877-658-0305 (TTY: 711) にお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

Korean: 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-877-658-0305 (TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-877-658-0305 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-877-658-0305 (TTY: 711). Jomc Caux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buatac Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-877-658-0305 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪੜ੍ਹਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Russian: Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-877-658-0305 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-877-658-0305 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

Tagalog: Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-877-658-0305 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-877-658-0305 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

Ukrainian: Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1-877-658-0305 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-877-658-0305 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.