

Formulario de transición de la atención

¡Bienvenido a Florida Health Care Plans (FHCP)! El objetivo del equipo de Transición de la Atención es asistirlo con el traspaso a nuestra red de proveedores, farmacias y medicamentos cubiertos. Complete el formulario para ayudarnos a que la transición sea lo más fluida posible.

Instrucciones: Complete el FORMULARIO DE TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN y el formulario de autorización adjunto para divulgar información de salud protegida (PHI). Brinde la mayor cantidad de información posible. Dicho formulario de autorización permite que se **DIVULGUE Y SOLICITE** información de salud protegida para brindarle un mejor servicio. Lo contactaremos en caso de necesitar información adicional.

Envíe todos los formularios al asesor de Transición de la Atención por fax al 386-238-3271 o por correo a FHCP Case Management Coordination of Care Department, Attn: TOC Nurse Navigator, PO Box 9910, Daytona Beach, FL 32120.

Dirija sus preguntas al administrador de casos del Departamento de Coordinación de la Atención al 855-205-7293 o a la línea de transición de la atención al 386-615-5017. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local. TTY: 1-800-955-8770. Nos complace asistirlo con la transición a su cobertura de salud de Florida Health Care Plans.

Nombre del miembro: _____ Número de miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Número de teléfono preferido: _____

Número de teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de emergencia (nombre, relación y número de teléfono):

Nombre	Relación	Número de teléfono

Si quiere que su información de salud protegida (PHI) se divulgue a otras personas, complete, firme y envíe el formulario adjunto “Autorización para divulgar PHI”.

Nombre del miembro: _____

N.º de expediente médico: _____

Inquietudes médicas actuales: _____

Proveedor de atención primaria (PCP) (nombre, número de teléfono, ciudad y estado): _____

Última visita: _____

ESPECIALISTAS

(Nombre, especialidad, número de teléfono, ciudad y estado, hospital/afiliación de grupo)

Nombre	Especialidad	Teléfono	Ciudad/estado	Hospital/afiliación de grupo

PRÓXIMOS PROCEDIMIENTOS o CITAS

Utilice la sección "NOTAS" de la página 4 si necesita más espacio.

Fecha	Proveedor	Procedimiento	Tipo de visita

VISITAS RECIENTES A LA SALA DE EMERGENCIAS O A UN CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

(Fecha, nombre/ubicación de la sala o el centro, motivo de la visita)

Fecha	Nombre/ubicación	Motivo

Para que FHCP pueda solicitar su expediente médico a un proveedor fuera de la red, complete, firme y envíe el formulario adjunto "Autorización para divulgar PHI".

Nombre del miembro: _____ N.º de expediente médico: _____

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE

(Nombre del medicamento, dosis, frecuencia, nombre del proveedor que lo recetó)

Si está presentando un formulario de transición de medicamentos, omita esta sección.

Indique si las muestras son gratuitas o están inscritas en programas de asistencia al paciente.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Médico que lo recetó

Enumere todas las **ALERGIAS** junto con sus **REACCIONES**: _____

FARMACIAS QUE UTILIZA ACTUALMENTE

(Nombre, ubicación y número de teléfono, muestras o programa de asistencia al paciente)

Farmacia/programa de asistencia al paciente/muestras de	Ubicación	Teléfono

EQUIPO MÉDICO DURADERO Y OTROS SUMINISTROS MÉDICOS

(Oxígeno, dispositivo de presión continua positiva, bomba de insulina, suministros de ostomía, etc.)

Incluya el nombre del proveedor y del médico que lo recetó.

Equipo médico duradero/suministros	Compañía/proveedor	Número de contacto	Proveedor que lo recetó

¿Corre el riesgo de quedarse sin medicamentos, equipo médico duradero o suministros médicos en un futuro cercano o poco después de la fecha de entrada en vigor de su plan de FHCP? SÍ NO

Si la respuesta es “SÍ”, indique el nombre del medicamento, el equipo médico o el suministro con la fecha aproximada en que se quedará sin ellos.

Nombre del miembro: _____

N.º de expediente médico: _____

NOTAS:

Descargo de responsabilidad: Se aplican los procedimientos y las pautas estándar de autorización previa. La transición de la atención es un servicio para los miembros nuevos que se incorporan a la red de FHCP. El envío de este formulario no garantiza la continuidad de la atención de proveedores, farmacias ni proveedores médicos fuera de la red, ni la cobertura de medicamentos que estén fuera del *Formulario*. Es posible que deba pagar los cargos si recibe servicios fuera de la red de FHCP sin una autorización aprobada. Es su responsabilidad notificar a sus proveedores del cambio de seguro.

Para uso del asesor de Transición de la Atención:

TIPO DE PLAN	<input type="checkbox"/> MCARE	<input type="checkbox"/> QHP	<input type="checkbox"/> SELF	<input type="checkbox"/> COMM
GRUPO				
CÓDIGO DE PLAN				
	<input type="checkbox"/> HMO	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> TROP	
CLÁUSULAS ANEXAS				
ENTRADA EN VIGOR				

PENDIENTE:

- ¿Se recibieron los formularios de divulgación de información? SÍ NO
- ¿Formularios de divulgación de información en registro de salud electrónico? SÍ NO
- Se le encargó al equipo de conciliación de medicamentos de registro de salud electrónico que obtuviera los registros.
- Agregar nota CUT en AS400.
- Se revisó el formulario de transición de la atención.
- Llamada inicial con el miembro.
- Hablar de farmacias PAR Pharm; la más cercana = _____.
- Información dada sobre las farmacias de venta por correo.
- Hablar del Centro de Atención con Horario Extendido más cercano; más cercano = _____.
- Identificar los medicamentos recetados que necesitan autorización previa; excepciones al *Formulario*.
- Comunicarse con Servicios de Farmacia para consultar sobre medicamentos del *Formulario* comparables si no existen medicamentos fuera del *Formulario*.
- Notificar las remisiones de posibles solicitudes entrantes de autorizaciones previas.
- Asignar al administrador de casos de continuidad de la atención cuestiones complejas y necesidades de CRC.
- Asignar al administrador de casos de los centros de atención de urgencia los casos relativos a pacientes internos, atención domiciliaria de la salud o centros de enfermería especializada.

BENEFICIOS

DEDUCIBLE = _____	GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO = _____
COPAGO DEL PCP = _____	COPAGO DEL ESPECIALISTA = _____
COPAGO DE CENTRO DE ATENCIÓN CON HORARIO EXTENDIDO = _____	COPAGO DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA = _____
COPAGO DE LA SALA DE EMERGENCIA = _____	COPAGO DEL PROVEEDOR DE LA SALA DE EMERGENCIA = _____
COPAGO DE AMBULANCIA = _____	

Nombre del miembro: _____ N.º de expediente médico: _____

La cobertura HMO es ofrecida por Florida Blue Medicare, Inc., que opera comercialmente como FHCP Medicare, una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. FHCP Medicare está administrada por Florida Health Care Plan, Inc.