

IMPRIMIR
FORMULARIO

BORRAR
FORMULARIO

¡Estamos aquí para ayudarle! Nuestros profesionales de Servicio al Cliente trabajarán con usted y sus proveedores para que pueda acceder a los servicios médicamente necesarios. Por ejemplo: infusiones de medicamentos o cirugía programada.

Nombre y apellido

Teléfono

Dirección de correo electrónico

Número de identificación del miembro (si se recibe)

Nombre del empleador

Para ser elegible a fin de ser considerados, usted o un miembro de su familia deben:

- Estar recibiendo atención continua para afecciones médicas específicas* (consulte la pregunta 1 para conocer las afecciones típicas)
- Haber comenzado con la atención antes de la inscripción en Mass General Brigham Health Plan

Para solicitar la transición de la atención para nuevos miembros, responda las siguientes preguntas:

1. ¿Para qué está solicitando la transición de la atención? Si no aparece en la lista, explíquelo.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Afección de salud conductual | <input type="checkbox"/> Farmacia especializada/infusión a domicilio |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: tratamiento contra el cáncer de diagnóstico reciente/en curso | <input type="checkbox"/> Inscripción en un programa de administración de atención/manejo de enfermedades | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco reciente |
| <input type="checkbox"/> Recién nacido enfermo que requiere cuidados intensivos | <input type="checkbox"/> Traumatismo agudo o cirugía | <input type="checkbox"/> Farmacia |
| <input type="checkbox"/> Cirugía electiva programada o aprobada | <input type="checkbox"/> Tratamiento conductual aplicado (Applied Behavioral Treatment, ABT) | <input type="checkbox"/> Afección médica rara u otro (especifique a continuación) |

2. ¿Cuál es el nombre de los proveedores de los que usted o su dependiente reciben atención?

Nombre del proveedor

Teléfono

Dirección del proveedor

Nombre del proveedor

Teléfono

Dirección del proveedor

3. ¿Cuándo fue la última vez que usted o su dependiente vieron a estos proveedores por las afecciones indicadas?

4. ¿Con qué frecuencia usted o su dependiente visitan a estos proveedores?

5. ¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con usted durante el horario comercial? Correo electrónico Teléfono

¿Nos da permiso para dejar un mensaje? Sí No

Firma del miembro (Padre/madre o tutor legal para miembros menores de 18 años)

Fecha

Envíe el formulario completo por correo electrónico, correo postal o fax. Un profesional del Servicio al Cliente se pondrá en contacto con usted para ayudarle a realizar una transición sin problemas. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente llamando al **866-643-8392 (Opción 1)**.

Correo electrónico: Puede enviar este formulario por correo electrónico a **HealthPlanCustomerService-Members@mgb.org**
Fax: 617-586-1799

Correo postal: Mass General Brigham Health Plan
Servicio de atención al cliente
399 Revolution Drive. Suite 820
Somerville, MA 02145

**Los ejemplos de afecciones médicas crónicas que normalmente no son elegibles para el programa de transición de la atención (a menos que la afección no sea estable O BIEN que el miembro reciba infusiones de medicamentos por vía intravenosa para una afección crónica) incluyen artritis, asma, alergias, diabetes, hipertensión y EPOC/enfisema.*