

Formulario de transición de la atención para nuevos miembros

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

Para ser elegible a fin de ser considerados, usted o su dependiente deben:

- Recibir atención continua para afecciones médicas específicas* (consulte la sección 1 para conocer las afecciones médicas típicas).
- Recibir atención que comenzó antes de la inscripción en Mass General Brigham Health Plan.

Información del miembro:

Nombre (miembro que recibe atención)	Apellido
Teléfono	Dirección de correo electrónico
Número de identificación del miembro (si se recibe)	Nombre del empleador

Preferencias de contacto:

1. ¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con usted durante el horario comercial? ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono
2. ¿Nos da permiso para dejar un mensaje? ☐ Sí ☐ No

SECCIÓN 1: Servicios médicos

Para solicitar apoyo para la transición de la atención de servicios médicos, seleccione una o más de las siguientes afecciones:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Embarazo | ☐ Derivación a un especialista | ☐ Inscripción en un programa de administración de atención/manejo de enfermedades |
| ☐ Recién nacido enfermo que requiere cuidados intensivos | ☐ Cirugía ambulatoria programada o aprobada | ☐ Cáncer: tratamiento contra el cáncer de diagnóstico reciente/en curso |
| ☐ Ataque cardíaco reciente | ☐ Farmacia especializada/Infusión a domicilio | |
| ☐ Afección médica rara
(especifique a continuación) | | |

* 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.

Proporcione la información de contacto completa del proveedor para las afecciones y el tratamiento indicados anteriormente, la próxima visita al consultorio programada, el procedimiento o las fechas de las citas de seguimiento programadas.

1. ¿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
Nombre del proveedor	Teléfono	Dirección del proveedor

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

3. ¿Cuándo es la próxima visita al consultorio, procedimiento programado o cita de seguimiento con este proveedor?

4. Complete la siguiente sección con cualquier otra información relevante que pueda ayudarnos a comprender mejor y brindarle apoyo para coordinar la atención médica que necesita.

SECCIÓN 2: Servicios de medicamentos recetados (RX)

Para solicitar apoyo para la transición de la atención de servicios de medicamentos recetados, especifique los medicamentos que usted o su dependiente toman y la frecuencia con la que los toman:

Nombre del medicamento	Dosificación/Frecuencia	Fecha del último surtido
Nombre del medicamento	Dosificación/Frecuencia	Fecha del último surtido
Nombre del medicamento	Dosificación/Frecuencia	Fecha del último surtido
Nombre del medicamento	Dosificación/Frecuencia	Fecha del último surtido

SECCIÓN 3: Servicios de salud conductual

Para solicitar apoyo para la transición de la atención de servicios ambulatorios de salud conductual con un proveedor que no participa en nuestra red de proveedores de salud conductual, mencione el proveedor a continuación:

Nombre del proveedor	Teléfono	Dirección del proveedor
Nombre del proveedor	Teléfono	Dirección del proveedor
Nombre del proveedor	Teléfono	Dirección del proveedor

1. ¿Recibe atención de este proveedor en persona o virtualmente a través de telesalud? ☐ En persona ☐ Telesalud
2. ¿Con qué frecuencia visita a este proveedor para recibir atención? ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Otro

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:
MGBHPCS@mgb.org

Fax: 617-586-1799

Correo postal: Mass General Brigham Health Plan
Customer Service
399 Revolution Drive, Suite 820
Somerville, MA 02145