

## Continuidad de Cuidado/Continuity of Care

### ¿Qué es la Continuidad de Cuidado?

La Continuidad de Cuidado (COC, por sus siglas en inglés) para Miembros recientemente inscritos es un proceso del plan de salud que, en ciertas circunstancias, les permite a los miembros que sigan atendándose con un Proveedor No Participante anterior, incluidos los Hospitales generales para condiciones agudas, mientras hacen la transición a un Proveedor Participante. También se aplica a Miembros existentes afectados por la terminación del contrato de un Proveedor Participante (profesionales médicos y Hospitales generales de atención para condiciones agudas). El proceso de Continuidad de Cuidado actúa como un "puente de cobertura" mientras usted hace la transición de su plan anterior a su nuevo plan de UnitedHealthcare of California (UnitedHealthcare) o de un Proveedor cuyo contrato terminó a un Proveedor Participante de UnitedHealthcare. Para calificar, debe haber estado recibiendo Servicios Cubiertos (i) del Proveedor No Participante en el momento del cambio de planes de salud o (ii) del Proveedor cuyo contrato terminó en la Fecha de Vigencia de la terminación del contrato, por alguna de las siguientes condiciones:

1. **Una Condición Aguda** es una condición médica, incluidas las condiciones de salud física y mental<sup>1</sup>, que implique el inicio repentino de síntomas debido a una enfermedad, Lesión u otro problema médico que requiera atención médica inmediata y que tenga una duración limitada. Se le permitirá que finalice los Servicios Cubiertos mientras dure la Condición Aguda.
2. **Una Condición Crónica Grave** es una condición médica a causa de una enfermedad u otro problema de salud física o mental<sup>2</sup> o un trastorno físico o de salud mental<sup>2</sup> que sea grave, y que persista sin curación total o empeore durante un período prolongado, o que requiera tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro. Se le permitirá que finalice los Servicios Cubiertos durante el período necesario para finalizar el tratamiento activo y para coordinar el traslado clínicamente seguro a un Proveedor Participante, según lo determine un Director Médico de UnitedHealthcare en consulta con el Miembro y con (i) el Proveedor cuyo contrato terminó o con (ii) el Proveedor No Participante y, según corresponda, el Proveedor Participante que recibe al paciente, de acuerdo con las buenas prácticas profesionales. La finalización de los Servicios Cubiertos para esta condición no excederá los doce (12) meses a partir de la fecha de terminación del convenio o los doce (12) meses a partir de la Fecha de Vigencia de la cobertura para un Miembro recientemente inscrito.
3. **Un embarazo** diagnosticado y documentado por (i) el Proveedor cuyo contrato terminó antes de la terminación del convenio o (ii) por el Proveedor No Participante antes de la Fecha de Vigencia de la cobertura del Miembro recientemente inscrito en UnitedHealthcare. Se le permitirá que finalice los Servicios Cubiertos durante el embarazo y el período inmediatamente posterior al parto.
4. **Una Enfermedad Terminal** es una condición incurable o irreversible con altas probabilidades de causar la muerte en un lapso de un (1) año o menos. Se le

### What is Continuity of Care?

Continuity of Care (COC) for newly enrolled Members is a health plan process that, under certain circumstances, provides Members with continued care with a former, Non-Participating Provider, including general acute Hospitals, while transitioning to a Participating Provider. It also applies to existing Members impacted by a Participating Provider (practitioners and general acute care Hospitals) termination. The COC process acts like a "bridge of coverage" as you transition from your old plan to your new UnitedHealthcare of California (UnitedHealthcare) plan or from a terminated Provider to a UnitedHealthcare Participating Provider. To qualify, you must have been receiving Covered Services from the (i) Non-Participating Provider at the time of the change in health plans or (ii) from the terminated Provider on the Effective Date of contract termination, for one of the following conditions:

1. **An Acute Condition** is a medical condition, including medical and mental health<sup>1</sup>, that involves a sudden onset of symptoms due to an illness, Injury, or other medical problem that requires prompt medical attention and that has a limited duration. Completion of Covered Services will be provided for the duration of the Acute Condition.
2. **A Serious Chronic Condition** is a medical condition due to disease, illness, or other medical or mental health problem<sup>2</sup> or medical or mental health<sup>2</sup> disorder that is serious in nature, and that persists without full cure or worsens over an extended period of time, or requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration. Completion of Covered Services will be provided for the period of time necessary to complete the active course of treatment and to arrange for a clinically safe transfer to a Participating Provider, as determined by a UnitedHealthcare Medical Director in consultation with the Member, (i) the terminated Provider or (ii) the Non-Participating Provider and, as applicable, the receiving Participating Provider, consistent with good professional practice. Completion of Covered Services for this condition will not exceed twelve (12) months from the agreement's termination date or twelve (12) months from the Effective Date of coverage for a newly enrolled Member.
3. **A pregnancy** diagnosed and documented by (i) the terminated Provider prior to termination of the agreement, or (ii) by the Non-Participating Provider prior to the newly enrolled Member's Effective Date of coverage with UnitedHealthcare. Completion of Covered Services will be provided for the duration of the pregnancy and the immediate postpartum period.
4. **A Terminal Illness** is an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one (1) year or less. Completion of Covered Services will be provided for the duration of the Terminal Illness, which may exceed twelve (12) months, provided that the prognosis of death was made by the: (i) terminated Provider prior to the agreement termination

1 Excepto lo que corresponda al Código de Salud y Seguridad de California §1374.72, la cobertura de salud mental para pacientes hospitalizados no es un beneficio cubierto por UnitedHealthcare of California./Except pursuant to the CA Health and Safety Code §1374.72, in-patient coverage for mental health is not a covered benefit under UnitedHealthcare of California.

2 U.S. Behavioral Health Plan, California coordinará la Continuidad de Cuidado para miembros cuya empresa haya adquirido beneficios suplementarios de salud mental y para miembros que soliciten seguir atendándose con un Proveedor No Participante o Proveedor cuyo contrato terminó para "enfermedades mentales graves" y "trastornos emocionales graves en niños" según se define en el Código de Salud y Seguridad de California §1374.72./U.S. Behavioral Health Plan, California will coordinate Continuity of Care for members whose employer has purchased supplemental mental health benefits and for members requesting continued care with a terminated or Non-Participating Provider for "serious mental illnesses" and "serious emotional disturbances of a child" as defined in CA Health and Safety Code §1374.72.

■ Los Miembros nuevos no califican para la Continuidad de Cuidado si se les ha ofrecido una opción fuera de la red o si tuvieron la opción de continuar con un Plan de Salud o Proveedor y voluntariamente eligieron cambiar de Plan de Salud./New Members do not qualify for Continuity of Care if the Member has been offered an out-of-network option, or had the option to continue with a Health Plan or Provider and voluntarily chose to change Health Plans.

permitirá que finalice los Servicios Cubiertos mientras dure la Enfermedad Terminal, plazo que puede exceder los doce (12) meses, siempre y cuando el pronóstico de muerte lo haya realizado: (i) el Proveedor cuyo contrato terminó antes de la fecha de terminación del convenio o (ii) el Proveedor No Participante antes de la Fecha de Vigencia de la cobertura del Miembro recientemente inscrito en UnitedHealthcare.

5. **La atención de un recién nacido:** Los servicios prestados a un niño entre el nacimiento y los treinta y seis (36) meses de vida. La finalización de los Servicios Cubiertos no excederá los doce (12) meses a partir de: (i) la fecha de terminación del convenio con el Proveedor, o (ii) la Fecha de Vigencia de la cobertura del Miembro recientemente inscrito en UnitedHealthcare; o (iii) más allá del tercer (3.er) cumpleaños del niño.
6. **Cirugía u Otro Procedimiento:** La realización de una Cirugía u Otro Procedimiento que haya sido autorizado por UnitedHealthcare o el Proveedor Participante asignado del Miembro, como parte de un tratamiento documentado, y que haya sido recomendado y documentado por: (i) el Proveedor cuyo contrato terminó, para que se realice en un plazo de 180 días calendario a partir de la fecha de terminación del convenio o (ii) el Proveedor No Participante, para que se realice en un plazo de 180 días calendario a partir de la Fecha de Vigencia de la cobertura del Miembro recientemente inscrito en UnitedHealthcare.

Los Servicios Cubiertos para la condición en tratamiento que requiere Continuidad de Cuidado por parte del Proveedor No Participante se considerarán finalizados cuando:

- i. la condición del Miembro en tratamiento que requiere Continuidad de Cuidado esté médicamente estable; y
- ii. no existan contraindicaciones clínicas que impidan un traslado médicamente seguro a un Proveedor Participante, según lo determine un Director Médico de UnitedHealthcare, en consulta con el Miembro, el Proveedor tratante no participante o cuyo contrato terminó y, si corresponde, el Proveedor Participante asignado del Miembro.

Además, UnitedHealthcare o su grupo médico/IPA asignado debe tomar una determinación formal de que un cambio de Proveedor en la Fecha de Vigencia de la inscripción o la fecha de terminación del contrato del Proveedor tendría un efecto negativo en su salud.

La Continuidad de Cuidado también se aplica a (i) nuevos Miembros de UnitedHealthcare que reciben servicios de atención de la salud mental de un Proveedor de salud mental no participante en la Fecha de Vigencia de la inscripción en UnitedHealthcare o (ii) a Miembros existentes que reciben servicios de atención de la salud mental de un Proveedor de salud mental cuyo contrato terminó, en la Fecha de Vigencia de la terminación del contrato. Un Proveedor de salud mental es cualquiera de los siguientes: psiquiatra, psicólogo con licencia, terapeuta matrimonial y familiar con licencia o trabajador social clínico con licencia.

Los Miembros elegibles para la continuidad de los servicios de atención de la salud mental pueden seguir recibiendo Servicios de Salud Mental del Proveedor de salud mental tratante no participante o cuyo contrato terminó durante un plazo razonable para realizar la transición de la atención en forma segura a un Proveedor de salud mental Participante de UnitedHealthcare. Para obtener información sobre la cobertura suplementaria de atención de la salud mental, si la hay, consulte las secciones "Beneficios Médicos" y "Exclusiones y Limitaciones" de su *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información*, y el *Plan de Beneficios* de UnitedHealthcare of California. Para obtener una descripción de la cobertura de servicios de atención de la salud mental para el diagnóstico y el tratamiento de Enfermedades Mentales Graves (SMI, por sus siglas en inglés) y Trastornos Emocionales Graves en Niños (SED, por sus siglas en inglés), consulte el suplemento de salud conductual del *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información*.

date or (ii) Non-Participating Provider prior to the newly enrolled Member's Effective Date of coverage with UnitedHealthcare.

5. **The care of a newborn:** Services provided to a child between birth and age thirty-six (36) months. Completion of Covered Services will not exceed twelve (12) months from the: (i) Provider agreement termination date, or (ii) the newly enrolled Member's Effective Date of coverage with UnitedHealthcare, or (iii) extend beyond the child's third (3rd) birthday.
6. **Surgery or Other Procedure:** Performance of a Surgery or Other Procedure that has been authorized by UnitedHealthcare or the Member's assigned Participating Provider as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the: (i) terminating Provider to occur within 180 calendar days of the agreement's termination date, or (ii) Non-Participating Provider to occur within 180 calendar days of the newly enrolled Member's Effective Date of coverage with UnitedHealthcare.

Covered Services for the Continuity of Care condition under treatment by the Non-Participating or terminated Provider will be considered complete when:

- i. the Member's Continuity of Care condition under treatment is medically stable; and
- ii. there are no clinical contraindications that would prevent a medically safe transfer to a Participating Provider as determined by a UnitedHealthcare Medical Director in consultation with the Member, the treating non-participating or terminated Provider and as applicable, the Member's assigned Participating Provider.

In addition, a formal determination must be made by UnitedHealthcare or your assigned medical group/IPA that a change in Providers on your Effective Date of enrollment or the Provider termination date would have a negative effect on your health.

Continuity of Care also applies to (i) new UnitedHealthcare Members who are receiving mental health care services from a non-participating mental health Provider on their Effective Date of enrollment with UnitedHealthcare or (ii) to existing Members who are receiving mental health care services from a terminated mental health Provider, on the Effective Date of contract termination. A mental health Provider is any of the following: psychiatrist, licensed psychologist, licensed marriage and family therapist or licensed clinical social worker.

Members eligible for continuity of mental health care services may continue to receive Mental Health Services from the treating non-participating or terminated mental health Provider for a reasonable period of time to safely transition care to a UnitedHealthcare Participating mental health Provider. Please refer to the Medical Benefits and the "Exclusions and Limitations" sections of your UnitedHealthcare of California *Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form*, and the *Schedule of Benefits* for supplemental mental health care coverage information, if any. For a description of coverage of mental health care services for the diagnosis and treatment of Severe Mental Illness (SMI) and Serious Emotional Disturbances of a Child (SED), please refer to the behavioral health supplement to the *Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form*.

## ¿Quién autoriza la Continuidad de Cuidado?

Si usted o un miembro de su familia actualmente recibe atención médica por alguna de las condiciones especificadas anteriormente que autorizó su plan de salud anterior, o el Proveedor cuyo contrato terminó, usted tiene derecho a solicitar una revisión clínica de la Continuidad de Cuidado mediante el formulario correspondiente adjunto (*Solicitud de Beneficios de Continuidad de Cuidado* o *Solicitud de Beneficios de Continuidad de Cuidado de Salud Mental*).

La Continuidad de Cuidado con su Proveedor tratante puede autorizarse en aquellos casos en los que un cambio de Proveedor podría afectar de manera adversa su atención clínica o la de su Dependiente. La preferencia del Miembro por un Médico o Proveedor en particular no lo calificará para los beneficios de Continuidad de Cuidado. Si no recibe una Autorización Previa de UnitedHealthcare o de su grupo médico/IPA elegido, usted será responsable del pago de los servicios prestados por el Proveedor no participante o cuyo contrato terminó.

Si cree que usted o un miembro de su familia califica para la Continuidad de Cuidado, llene el formulario de solicitud de Continuidad de Cuidado correspondiente y envíelo a UnitedHealthcare tan pronto como sea posible, antes de que transcurran treinta (30) días calendario de: (i) su Fecha de Vigencia de inscripción en UnitedHealthcare o (ii) la Fecha de Vigencia de la terminación del contrato de su Proveedor tratante. Se considerarán excepciones al plazo de treinta (30) días calendario cuando haya una causa justificada.

Al recibir el formulario llenado, el departamento de Servicios de Salud de UnitedHealthcare realizará una revisión clínica de la Continuidad de Cuidado. Se tomará una decisión y se la comunicarán oportunamente según la naturaleza de su condición. En la mayoría de los casos, las decisiones sobre solicitudes no urgentes se tomarán dentro de los cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que UnitedHealthcare reciba el formulario llenado. Se le notificará la decisión por teléfono y se le proporcionará un plan para continuar su atención. También se le enviará por el correo de los Estados Unidos una notificación por escrito sobre la decisión y el plan de atención en un plazo de dos (2) días hábiles a partir de la fecha en que se tome la decisión. Si se deniega su solicitud de seguir atendándose con su Proveedor tratante, el aviso por escrito incluirá los motivos de la determinación e información sobre cómo puede apelar la decisión. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame al departamento de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare.

## Who authorizes Continuity of Care?

If you or a member of your family is currently receiving medical care for one of the conditions as specified above that was authorized by your previous health plan, or the terminated Provider, you have the right to request a clinical Continuity of Care review by using the appropriate form, as attached (*Request for Continuity of Care Benefits* or *Request for Mental Health Continuity of Care Benefits*).

COC with your treating Provider may be authorized in those cases which a change in Provider could adversely affect you or your Dependent's clinical care. Member preference for a particular Physician or Provider will not qualify you for COC benefits. If you do not receive Preauthorization by UnitedHealthcare or by your chosen medical group/IPA, payment for services rendered by the non-participating or terminated Provider will be your responsibility.

If you think you or a member of your family qualifies for COC, complete the appropriate COC request form and forward it to UnitedHealthcare as soon as possible, but not later than thirty (30) calendar days of: (i) your Effective Date of enrollment with UnitedHealthcare or (ii) your treating Provider's Effective Date of termination. Exceptions to the thirty (30) calendar day time frame will be considered for good cause.

Upon receipt of the completed form, UnitedHealthcare's Health Services department will complete a clinical COC review. The decision will be made and communicated to you in a timely manner appropriate for the nature of your condition. In most instances, decisions for non-urgent requests will be made within five (5) business days of UnitedHealthcare's receipt of the completed form. You will be notified of the decision by telephone and provided with a plan for your continued care. Written notification of the decision and plan of care will also be sent to you by United States mail, within two (2) business days of making the decision. If your request for continued care with your treating Provider is denied, the written notice will include the reason(s) for the determination and information about how you can appeal the decision. If you have any questions about this process, please call the UnitedHealthcare Customer Service department.

# Solicitud de Beneficios de Continuidad de Cuidado/ Request for Continuity of Care Benefits

Llene todo el formulario./Please complete the entire form.

Información del Suscriptor y del Plan/Subscriber and Plan Information			
Nombre del Suscriptor/Subscriber Name		N.º de Identificación (si lo sabe)/ID# (if known)	N.º del Seguro Social/Social Security #
Dirección/Address		Ciudad/City	Estado/State Código Postal/ZIP
Tipo de Plan Actual de UnitedHealthcare/ Type of Current UnitedHealthcare Plan <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Otro/Other:		Fecha de Vigencia del Plan Actual de UnitedHealthcare (si corresponde)/Effective Date of Current UnitedHealthcare Plan (if applicable):	Teléfono Residencial/ Home Phone Teléfono del Trabajo/ Work Phone
Nombre de la Empresa/Employer Name	N.º de Grupo Empresarial/ Employer Group #	Seguro Anterior (si corresponde)/ Prior Insurance (if applicable)	Grupo Médico/IPA Anterior o Proveedor cuyo Contrato Terminó (según corresponda)/Prior Medical Group/IPA or Terminated Provider (as applicable)

Información sobre el Paciente, el Médico y el Tratamiento/Patient, Physician and Treatment Information			
Nombre del Paciente/Patient Name	Parentesco con el Suscriptor/ Relation to Subscriber	Fecha de Nacimiento/ Date of Birth	Teléfono/Phone
Dirección (si es distinta a la del Suscriptor)/Address (if different from Subscriber)			
Médico o Proveedor Tratante Actual/ Present Treating Physician or Provider	Teléfono del Médico/Proveedor Tratante/ Treating Physician's/Provider's Phone		Especialidad del Proveedor Tratante/ Treating Physician's Specialty
Dirección del Médico/Proveedor Tratante/Treating Physician's/Provider's Address			
¿Cuánto tiempo ha tratado el Médico/ Proveedor al Paciente?/How long has Physician/Provider been treating Patient?	Fecha Probable de Parto (si corresponde)/ Expected Date of Delivery (if applicable)	Hospital (si corresponde)/Hospital (if applicable)	
Nuevo Médico de Atención Primaria o Grupo Médico/IPA (seleccionado de la Lista de Proveedores de UnitedHealthcare)/New Primary Care Physician or Medical Group/IPA (selected from UnitedHealthcare Provider List)			
Naturaleza de la Enfermedad/Comentarios (Describa la condición que se está tratando. Incluya el diagnóstico, la duración prevista del tratamiento y las fechas de las cirugías, si es que hay alguna programada.)/Utilice una hoja aparte para incluir comentarios adicionales/Nature of Illness/Comments (Describe condition being treated. Include diagnosis, expected treatment duration and dates of surgery if scheduled.) Please use a separate sheet for additional comments.			

■ **Explicación:** Se le solicita esta autorización de uso o divulgación de información médica para cumplir con las condiciones de la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de 1981, Sección 56 et seq. del Código Civil. Tenga en cuenta que si está solicitando Beneficios de Continuidad de Cuidado para tratamientos relacionados con la salud mental o el abuso de sustancias, se le proporcionarán formularios de autorización por separado que han sido adoptados para cumplir con las protecciones máximas dispuestas por las leyes federales y estatales para los registros de dichos tratamientos. Si no está solicitando Beneficios de Continuidad de Cuidado para tratamientos relacionados con la salud mental o el abuso de sustancias, debe llenar este formulario y enviarlo a UnitedHealthcare, Mail Stop: CA124-0181, P.O. Box 30968, Salt Lake City, UT 84130-0968, Attn: Continuity of Care Department. **Las transmisiones por fax deben dirigirse a UnitedHealthcare, Continuity of Care Department, 1-888-361-0514.**

■ **Autorización:** Por medio del presente documento autorizo a (nombre del Médico, Hospital o Proveedor de atención de la salud) \_\_\_\_\_ a proporcionar a

■ **Explanation:** This authorization for use or disclosure of medical information is being requested of you to comply with the terms of the Confidentiality of Medical Information Act of 1981, Civil Code Section 56 et seq. Please note that if you are requesting Continuity of Care Benefits for treatment relating to mental health or substance abuse, you will be provided with separate authorization forms which have been adopted to comply with the heightened protections for these treatment records afforded by federal and state laws. If you are not requesting Continuity of Care Benefits for treatment relating to mental health or substance abuse, you should complete this form and return it to UnitedHealthcare, Mail Stop: CA124-0181, P.O. Box 30968, Salt Lake City, UT 84130-0968, Attn: Continuity of Care Department. **Fax transmissions may be directed to UnitedHealthcare, Continuity of Care Department, 1-888-361-0514.**

■ **Authorization:** I hereby authorize (name of Physician, Hospital or health care Provider) \_\_\_\_\_ to furnish to UnitedHealthcare of California medical records and information pertaining to medical history, medical condition, services rendered or treatment of (name of

UnitedHealthcare of California la información y los registros médicos correspondientes a mis antecedentes médicos, condición médica, servicios prestados o tratamiento de (nombre del paciente)

patient) \_\_\_\_\_

- **Limitaciones:** Esta autorización no se aplica a la divulgación de registros de salud mental y/o abuso de sustancias.
- **Usos:** Esta información será utilizada exclusivamente por UnitedHealthcare of California para evaluar la solicitud de Beneficios de Continuidad de Cuidado.
- **Duración:** Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá en vigencia hasta (fecha) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.
- **Restricciones:** Entiendo que UnitedHealthcare of California no puede hacer otro uso o divulgación de la información médica a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicho uso o divulgación sea específicamente exigido o permitido por la ley.
- **Copia Adicional:** También entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización cuando así lo solicite. **Copia solicitada:**  
 Sí  No **Iniciales:** \_\_\_\_\_

- **Limitations:** This authorization does not apply to the release of mental health and/or substance abuse records.
- **Uses:** This information will be used solely by UnitedHealthcare of California in order to evaluate the request for Continuity of Care Benefits.
- **Duration:** This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until (date) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.
- **Restrictions:** I understand that UnitedHealthcare of California may not further use or disclose the medical information unless another authorization is obtained from me or unless such use or disclosure is specifically required or permitted by law.
- **Additional Copy:** I further understand that I have a right to receive a copy of this authorization upon my request. **Copy requested:**  Yes  No  
**Initial:** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente en Letra de Imprenta/Print Name of Patient	Fecha/Date	Hora/Time <input type="checkbox"/> a.m./A.M. <input type="checkbox"/> p.m./P.M.
Firma del Paciente (si el paciente es menor de edad o incapaz, se requiere la firma del padre/madre o la firma del representante legal)/ Patient's Signature (if patient is a minor or incompetent, parent's signature or signature of legal representative)		

Si necesita un formulario de solicitud de Continuidad de Cuidado de salud mental, o tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios de Continuidad de Cuidado, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare al 1-800-624-8822 si es miembro de UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO). Las personas con limitaciones auditivas y del habla pueden llamar al TTY/TDD 1-866-422-8833./If you need a mental health COC request form, or have any questions regarding your COC benefits, please contact UnitedHealthcare's Customer Service department at 1-800-624-8822 for UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO) members and the hearing- and speech-impaired may call TTY/TDD 1-800-422-8833.

**Envíe este formulario por fax al 1-888-361-0514 o dóblelo y envíelo por correo./  
 Fax this form to 1-888-361-0514 or fold and mail.**

# Solicitud de Beneficios de Continuidad de Cuidado de Salud Mental/Request for Mental Health Continuity of Care Benefits

Llene todo el formulario./Please complete the entire form.

Información del Suscriptor y del Plan/Subscriber and Plan Information				
Nombre del Suscriptor/Subscriber Name		N.º de Identificación (si lo sabe)/ID# (if known)		N.º del Seguro Social/Social Security #
Dirección/Address		Ciudad/City		Estado/State Código Postal/ZIP
Tipo de Plan Actual de UnitedHealthcare/ Type of Current UnitedHealthcare Plan <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Otro/Other:		Fecha de Vigencia del Plan Actual de UnitedHealthcare (si corresponde)/ Effective Date of Current UnitedHealthcare Plan (if applicable):		Teléfono Residencial/ Home Phone Teléfono del Trabajo/ Work Phone
Nombre de la Empresa/Employer Name	N.º de Grupo Empresarial/ Employer Group #	Seguro Anterior (si corresponde)/ Prior Insurance (if applicable)	Grupo Médico/IPA Anterior o Proveedor cuyo Contrato Terminó (según corresponda)/Prior Medical Group/IPA or Terminated Provider (as applicable)	
Información sobre el Paciente, el Médico y el Tratamiento/Patient, Physician and Treatment Information				
Nombre del Paciente/Patient Name		Parentesco con el Suscriptor/ Relation to Subscriber		Fecha de Nacimiento/ Date of Birth Teléfono/Phone
Dirección (si es distinta a la del Suscriptor)/Address (if different from Subscriber)			Proveedor Tratante de Salud Mental Actual/Present Treating Mental Health Provider	
Teléfono del Proveedor Tratante/ Treating Provider's Phone	Dirección del Proveedor Tratante/Treating Provider's Address		¿Cuánto tiempo ha tratado el Médico/Proveedor al Paciente?/How long has Physician/Provider been treating Patient?	
Hospital (si corresponde)/Hospital (if applicable)	Nuevo Médico de Atención Primaria o Grupo Médico/IPA (seleccionado de la Lista de Proveedores de UnitedHealthcare)/New Primary Care Physician or Medical Group/IPA (selected from UnitedHealthcare Provider List)			
Naturaleza de la Enfermedad/Comentarios (Describa la condición que se está tratando. Incluya el diagnóstico y la duración prevista del tratamiento) Utilice una hoja aparte para incluir comentarios adicionales./Nature of Illness/Comments (Describe condition being treated. Include diagnosis and expected treatment duration) Please use a separate sheet for additional comments.				

■ **Explicación:** Esta autorización se utiliza si solicita Beneficios de Continuidad de Cuidado para un tratamiento relacionado con la salud mental. Conforme a la Ley de Lanterman-Petris-Short, si usted recibió tratamiento de salud mental en un entorno institucional, en lugar de servicios psiquiátricos o de terapia prestados por un médico privado, la divulgación debe realizarla su proveedor de atención de la salud. Consulte una explicación más detallada a continuación. Debe llenar este formulario y enviarlo a UnitedHealthcare, CA124-0181, P.O. Box 30968, Salt Lake City, UT 84130-0968, Attn: Continuity of Care Department. **Las transmisiones por fax deben dirigirse a UnitedHealthcare, Continuity of Care Department, 1-888-361-0514.**

■ **Autorización:** Yo, (nombre del paciente) \_\_\_\_\_ por medio del presente documento autorizo a (nombre de la persona responsable que tiene autorización para divulgar la información especificada, p. ej., el médico u otro profesional con licencia a cargo del paciente, o administrador del programa) \_\_\_\_\_ a divulgar a UnitedHealthcare la información y los registros obtenidos en el curso de mi diagnóstico y tratamiento de una condición relacionada con la salud mental.

■ **Explanation:** This authorization for use if you are requesting Continuity of Care Benefits for treatment relating to mental health. The release under the Lanterman-Petris-Short Act should be completed by your health care provider if you received mental health treatment in an institutional setting, as opposed to psychiatric or counseling services provided by a private physician. See further explanation below. You should complete this form and return it to UnitedHealthcare, CA124-0181, P.O. Box 30968, Salt Lake City, UT 84130-0968, Attn: Continuity of Care Department. **Fax transmissions may be directed to UnitedHealthcare, Continuity of Care Department, 1-888-361-0514.**

■ **Authorization:** I, (name of patient) \_\_\_\_\_ hereby authorize (name of responsible individual who has authorization to release information specified, e.g., physician or other licensee in charge of the patient, or administrator of program) \_\_\_\_\_ to disclose information and records obtained in the course of my diagnosis and treatment for a mental health related condition to UnitedHealthcare.

■ **Limitations on Disclosure:** This disclosure authorized herein shall be limited to a one-time disclosure only and shall be limited to the

■ **Limitaciones a la Divulgación:** La divulgación autorizada en el presente documento se limita a una divulgación por única vez y se limita a los siguientes tipos de información: información y registros médicos correspondientes a antecedentes médicos, condición médica, servicios prestados o tratamiento de (nombre del paciente) \_\_\_\_\_ . Utilice el espacio a continuación para indicar cualquier limitación a la información que se puede divulgar.

\_\_\_\_\_

■ **Restricciones en el Uso de Información:** La información y los registros autorizados para su divulgación por medio del presente documento son para uso exclusivo de UnitedHealthcare para evaluar mi solicitud de Beneficios de Continuidad de Cuidado. Para cualquier otro uso o divulgación adicional de esta información por parte de UnitedHealthcare, se debe obtener una autorización por separado, a menos que dicho uso o divulgación sea específicamente exigido o permitido por la ley.

■ **Copia del Formulario de Autorización:** Entiendo que la persona que ha sido autorizada para divulgar la información especificada en el presente documento debe entregarme una copia de este formulario de autorización. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

following types of information: medical records and information pertaining to medical history, medical condition, services rendered, or treatment of (name of patient) \_\_\_\_\_ . Use the following space to indicate any limitations on the information which can be released.

\_\_\_\_\_

■ **Restrictions on Use of Information:** The information and records authorized for disclosure herein are to be used solely by UnitedHealthcare to evaluate my request for Continuity of Care Benefits. A separate authorization must be obtained for any separate use or further disclosure of this information by UnitedHealthcare, unless such use or disclosure is specifically required or permitted by law.

■ **Copy of Authorization Form:** I understand that a copy of this authorization form should be provided to me by the individual who has been authorized to release the information specified herein. **Initial:** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente en Letra de Imprenta/Print Name of Patient	Fecha/Date	Hora/Time	<input type="checkbox"/> a.m./A.M. <input type="checkbox"/> p.m./P.M.
Firma del Paciente (si el paciente es menor de edad o incapaz de dar su consentimiento para el tratamiento proporcionado o si el paciente carece de capacidad para dar su consentimiento, se requiere la firma del padre/madre o la firma del representante legal)/Patient's Signature (if patient is a minor or incapable of consenting to the treatment rendered or if patient otherwise lacks capacity to consent, parent's signature or signature of legal representative)			

**Divulgación Conforme a la Ley de Lanterman-Petris-Short/Release Under Lanterman-Petris-Short Act**

■ **Explicación:** Si usted recibió tratamiento de salud mental en un entorno institucional, en lugar de servicios psiquiátricos o de terapia prestados por un médico privado, la divulgación debe realizarla su proveedor de atención de la salud. El tratamiento en un entorno institucional incluye lo siguiente: tratamiento voluntario en una institución privada, hospital, clínica o sanatorio, que incluye un departamento o pabellón para la atención y el tratamiento de personas con trastornos mentales; tratamiento voluntario en un hospital del estado u hospital psiquiátrico del condado; o tratamiento involuntario de cualquier tipo.

El abajo firmante, el médico, psicólogo con licencia o trabajador social con una maestría en trabajo social, que está a cargo del paciente, por medio del presente documento  aprueba  no aprueba la divulgación de información y registros a la parte especificada. Si no se aprueba la divulgación, indique los motivos a continuación. También indique a continuación cualquier restricción en la divulgación de registros. \_\_\_\_\_

■ **Explanation:** The following section should be completed by your health care provider if you received mental health treatment in an institutional setting, as opposed to psychiatric or counseling services provided by a private physician. Treatment in an institutional setting includes the following: voluntary treatment in a private institution, hospital, clinic or sanitarium, which includes a department or ward for the care and treatment of persons who are mentally disordered; voluntary treatment in a state hospital or county psychiatric hospital; or involuntary treatment of any kind.

The undersigned, the physician, licensed psychologist, or social worker with a master's degree in social work, who is in charge of the patient, hereby  approves  disapproves the release of information and records to the party specified about. If disclosure is disapproved, give reasons below. Also note below any restrictions on the release of records. \_\_\_\_\_

Fecha/Date	Firma (médico/psicólogo/trabajador social)/Signature (physician/psychologist/social worker)	Título/Degree
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios de Continuidad de Cuidado, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare al 1-800-624-8822 si es miembro de UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO) o SignatureValue Advantage (HMO Value). Las personas con limitaciones auditivas y del habla pueden llamar al TTY/TDD 1-866-422-8833. /If you have any questions regarding your COC benefits, please contact UnitedHealthcare's Customer Service department at 1-800-624-8822 for UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO) and SignatureValue Advantage (HMO Value) members and the hearing- and speech-impaired may call TTY/TDD 1-800-422-8833.

**Envíe este formulario por fax al 1-888-361-0514 o dóblelo y envíelo por correo./  
Fax this form to 1-888-361-0514 or fold and mail.**

