



## MediExcel Health Plan Continuity of Care Benefits

**Continuity of Care benefits are intended to provide coverage for individuals who meet all the following criteria:**

1. They have one of several specified medical conditions.
2. They require ongoing treatment for a certain period of time.
3. They are receiving services from doctors, other health care professionals, hospitals or other facilities whose contractual relationship with MediExcel Health Plan is terminating or is not currently contracted by MediExcel Health Plan.

If an individual meets all the criteria, MediExcel Health Plan will contact the terminated / non-contracted health care professional and attempt to arrange for the provision of covered services. If the health care professional does not agree to MediExcel Health Plan's contractual terms and conditions, MediExcel Health Plan may deny or only provide limited Continuity of Care benefits.

### **How it Works:**

- To request Continuity of Care, you must submit a completed Continuity of Care Request Form within 30 days of your health care professional's or your coverage termination date.
- You must already be receiving care for a qualifying medical condition by the terminated health care professional identified on the Continuity of Care Request Form.
- If Continuity of Care benefits are approved; you will receive the in-network level of benefits for treatment of the specific condition for either a specified timeframe or the duration of the condition.
- Approved benefits only apply to the treatment provided or ordered by the doctor identified on the Continuity of Care Request Form for the medical condition specified on the form.
- The availability of Continuity of Care benefits does not mean a treatment is covered, nor does it constitute pre-authorization of medical services to be provided. Benefit determinations and pre-authorizations must still be obtained during the pre-certification and case management process.
- You will be responsible for the cost of any services rendered by any terminated health care professional unless they are approved by MediExcel Health Plan for Continuity of Care benefits.



## Medical conditions and other situations that may qualify for Continuity of Care benefits include:

- An **acute condition**, for the length of the acute condition. An “acute condition” is defined as a medical condition 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.
- A **serious chronic condition**, for a period needed to complete a course of treatment and to arrange for a safe transfer to another doctor, as determined by MediExcel Health Plan in consultation with the enrollee and treating health care professional, consistent with good professional practice. This period shall not exceed 12 months from the health care professional’s contract termination date. A “serious chronic condition” is a medical condition due to a disease, illness or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and:
  - persists without full cure;
  - worsens over an extended period of time; or
  - requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration.
- A **pregnancy**, for the length of the pregnancy (*three trimesters*) and the immediate postpartum period.
- A **terminal illness**, for the length of the terminal illness. A “terminal illness” is an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less.
- **Care of a newborn child whose age is between birth and age 36 months**, regardless of whether the child is undergoing an active course of treatment, for a period not to exceed 12 months.
- **Performance of surgery or other procedure that has been authorized by the plan**, as part of a documented course of treatment that is to occur within 180 days of the doctor’s contract termination date.

## If I am approved for Continuity of Care benefits for one illness, can I receive in-network benefit payments for a non-related condition?

In-network benefit levels provided as part of Continuity of Care benefits are for the specific illness/condition only and cannot be applied to another illness/condition. You must complete a Continuity of Care Request Form for each unrelated illness/condition no later than 30 days after the health care professional’s termination date.



## MediExcel Health Plan Continuity of Care Request Form

**\*\*\*ATTENTION: You may not need to complete this form\*\*\***

- Complete this form only if you are utilizing a non-participating health care professional. Please check the MediExcel Health Plan website ([www.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com)) to confirm that your doctor is in the MediExcel Health Plan provider network.
- See reverse for instructions to complete this Continuity of Care Request Form.
- **Use a separate form for each condition.** Photocopies are acceptable. Attach additional information if necessary.

Employer:	Policy #:	Employee Date of Enrollment in MediExcel Health Plan (mm/dd/yyyy)
Employee Name:		Telephone Number:
Street Address:	City:	State:      Zip:
Patient's Name:	Patient's Birthdate (mm/dd/yyyy)	Relationship to Employee <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Dependent <input type="checkbox"/> Self

1. Is the patient pregnant?  Yes    No   If so, when is the due date? \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy)
2. Is the patient receiving treatment for an acute condition or trauma?  Yes    No
3. Is the patient scheduled for surgery or hospitalization after their effective date with MediExcel Health Plan?  Yes    No
4. Is the patient involved in a course of Chemotherapy, Radiation Therapy, Cancer Therapy or a candidate for Organ Transplant?  Yes    No
5. Is the patient receiving treatment as a result of a recent major surgery?  Yes    No
6. Is the patient receiving mental health/substance abuse care?  Yes    No
7. Is the patient receiving care for a terminal illness?  Yes    No
8. If you did not answer "Yes" to any of the above questions, please describe the condition for which the patient requests Continuity of Care in section **8.a**.



9. Please complete the provider information below.

Doctor's Name:		Telephone # of Provider:	
Doctor's Specialty:			
Doctor's Address:		City:	State: Zip:
Hospital Where Patient's Doctor Practices:		Telephone # of Hospital:	
Reason/Diagnosis:			
Date(s) of Admission (mm/dd/yyyy):	Date of Surgery (mm/dd/yyyy):	Type of Surgery:	
Treatment Being Received and Expected Duration:			

10. Is this patient expected to be in the hospital when or after coverage with MediExcel Health Plan begins?  Yes  No

11. Please list any other continuing care needs that may qualify for Continuity of Care benefits in section **11.a**

I hereby authorize the above physician to provide MediExcel Health Plan with any and all information and medical records necessary to make an informed decision concerning my request for Continuity of Care Benefits under MediExcel Health Plan. I understand I am entitled to a copy of this authorization form.	
Signature of Patient, Parent or Guardian:	Date (mm/dd/yyyy)



## Instructions for Completing the Continuity of Care Request Form

- You must complete a separate Continuity of Care Request Form for each condition for which you or your dependents seek Continuity of Care benefits. Additional forms are available through the MediExcel Health Plan website at [www.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com). You may use photocopies.
- Please answer all questions completely.
- Completed forms should be signed by the patient for whom Continuity of Care benefits have been requested. If the patient is a minor, a guardian must sign the form.
- You must apply for Continuity of Care benefits within 30 days from your health care professional's or your coverage termination date. Completed forms should be marked "Confidential" and forwarded to the address below.

### Important Notes

#### Please Mail or Fax form to:

MediExcel Health Plan  
750 Medical Center Court, Suite 2  
Chula Vista, CA 91911  
Fax: (978) 522-3777

**8.a:** Please include information about your current or proposed treatment plan and how long your treatment is expected to continue. If surgery has been planned, state the type and the proposed date of your surgery. Use an additional sheet if necessary.

**11.a:** Briefly state the health condition. When did it begin and what doctor is currently involved? How often do you see this doctor? Be as specific as possible. Use an additional sheet if necessary.



## Continuidad de Atención de MediExcel Health Plan

**La intención de la Continuidad de Atención es de brindar cobertura a los individuos que cumplen con las siguientes características:**

1. Tiene una de varias condiciones médicas especificadas.
2. Requiere tratamiento continuo por cierto periodo de tiempo.
3. Está recibiendo atención de médicos, otros profesionales de la salud, hospitales u otras instalaciones médicas cuya relación contractual con MediExcel Health Plan se ha terminado o no existe.

Si el individuo cumple con las características antes mencionadas, MediExcel Health Plan contactará al médico en cuestión y le propondrá la continuación de atención medica bajo cobertura. Si el médico no está de acuerdo con los términos y condiciones contractuales de MediExcel Health Plan, MediExcel Health Plan podrá negarse a brindar Continuidad de Atención o a limitar los beneficios brindados.

### **¿Cómo funciona?:**

- Para solicitar la Continuidad de Atención debe enviar su solicitud a más tardar de 30 días después de que termine el contrato con el médico tratante.
- Debe de estar recibiendo atención medica por parte del médico especificado en la solicitud y para una condición médica que califique.
- Si se aprueba la Continuidad de Atención, recibirá atención médica a nivel de la red de MediExcel Health Plan para el tratamiento de la afección especifica durante un periodo de tiempo específico o la duración de la afección.
- La aprobación de beneficios solo aplica para el tratamiento que especifique u ordene el médico el cual se identificó en la solicitud de Continuidad de Atención.
- La disponibilidad de la Continuidad de Atención no significa que el tratamiento este cubierto, ni tampoco implica que la atención medica previamente autorizada será proporcionada. Tanto los beneficios como las preaprobaciones tendrán que ser determinadas durante la certificación y el proceso de administración del caso.
- Usted será responsable del costo de toda atención medica recibida por cualquier médico o profesional de la salud el cual no haya sido aprobado por MediExcel Health Plan para brindarle Continuidad de Atención.

### **Condiciones médicas y otras situaciones que pueden calificar para la Continuidad de Atención:**

- Una **condición aguda**, por el tiempo que dure la condición aguda. Una "condición aguda" se define como una condición médica que implica una aparición repentina de síntomas debido a



una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y que tiene una duración limitada.

- Una **condición crónica grave**, durante un período necesario para completar un curso de tratamiento y para organizar la transferencia segura a otro médico, según lo determinado por MediExcel Health Plan en consulta con el miembro y el tratamiento del médico tratante, en consonancia con la buena práctica profesional. Este período no excederá los 12 meses a partir de la fecha de terminación del contrato del médico tratante. Una "condición crónica grave" es una condición médica debida a una enfermedad u otro problema médico o trastorno médico de naturaleza grave y que:
  - Persiste sin cura total;
  - Empeora en un extenso período de tiempo; o
  - Requiere tratamiento para mantenerse en remisión o prevenir la deterioración.
- Un **embarazo**, por la duración completa del embarazo (*tres trimestres*) y el periodo de parto inmediato.
- Una **enfermedad terminal**, por la duración completa de la enfermedad terminal. Una "enfermedad terminal" es una condición incurable o irreversible la cual tiene altas probabilidades de causar muerte en un periodo de un año o menos.
- **Atención médica a recién nacidos o a infantes hasta 36 meses de edad**, sin importar si el infante se encuentra bajo tratamiento activo, por un periodo que no exceda los 12 meses.
- **La realización de una cirugía u otro procedimiento que haya sido autorizado por el Plan**, como parte de un curso de tratamiento documentado que sucederá dentro de los 180 días antes de la terminación del contrato médico.

### **¿Si mi Continuidad de Atención ha sido aprobada, puedo recibir atención médica dentro de la red del médico tratante para una condición diferente?**

La atención medica proporcionada dentro de la red del médico tratante como parte de la Continuidad de Atención es únicamente para la enfermedad o condición específica y no puede aplicarse a otra enfermedad o condición. Debe llenar una Solicitud de Continuidad de Atención para cada enfermedad o afección no relacionada, a más tardar de 30 días después de la fecha de terminación del contrato con el médico tratante.



## Solicitud para la Continuidad de Atención

**\*\*\*ATENCIÓN: Es posible que no tenga que llenar esta solicitud\*\*\***

- Llene esta solicitud solamente si usted está siendo atendido por un médico o profesional de la salud que no es parte de MediExcel Health Plan. Por favor revise la página web de MediExcel Health Plan ([www.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com)) para confirmar si su médico o profesional de la salud es un proveedor dentro de nuestra red.
- Al reverso encontrará las instrucciones para llenar la Solicitud de Continuidad de Atención.
- **Utilice una solicitud para cada condición que tenga.** Se aceptan fotocopias. Adjunte información adicional si es necesario.

Empleador:	# de Póliza:	Fecha de inscripción del empleado en MediExcel Health Plan (mm/dd/aaaa)	
Nombre del empleado:	Número de teléfono:		
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del paciente:	Fecha de Nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)	Relación con el empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Si mismo	

1. ¿La paciente está embarazada?  Sí  No Si sí, ¿fecha de parto? \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
2. ¿El paciente está bajo tratamiento para una condición aguda o un trauma?  Si  No
3. ¿El paciente cuenta con una cirugía u hospitalización ya agendada la cual se llevará a cabo después de su fecha efectiva con MediExcel Health Plan?  Sí  No
4. ¿El paciente se encuentra en tratamiento de Quimioterapia, Radiación, Tratamiento de Cáncer o es candidato a Trasplante de Órganos?  Sí  No
5. ¿El paciente se encuentra en tratamiento posterior a una cirugía mayor?  Sí  No
6. ¿El paciente está bajo tratamiento por salud mental o abuso de sustancias?  Sí  No
7. ¿El paciente está bajo atención médica por una enfermedad terminal?  Sí  No
8. Si no contestó "Sí" a ninguna de las preguntas anteriores, por favor describa la condición por la que el paciente requiere Continuidad de Atención en la sección **8.a.**





9. Por favor llene la información del proveedor en la siguiente sección.

Nombre del médico:		Número de teléfono del médico:		
Especialidad del médico:				
Domicilio del médico:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Hospital donde practica el médico:		Número de teléfono del hospital:		
Razón/Diagnóstico:				
Fecha (s) de admisión (mm/dd/aaaa):	Fecha de cirugía (mm/dd/aaaa):	Tipo de cirugía:		
Tratamiento actual y duración aproximada:				

10. ¿Se espera que el paciente este hospitalizado durante o después que la cobertura de MediExcel Health Plan comience?  Sí  No

11. Por favor enliste cualquier otra necesidad que ocupe atención continua y que pudiera calificar para Continuidad de Atención en la sección **11.a**

Por medio del presente, autorizo al médico anteriormente mencionado, a proveer a MediExcel Health Plan, toda información médica necesaria para la toma de decisiones en cuanto a mi petición de Continuidad de Atención. Entiendo que tengo el derecho a obtener una copia de esta solicitud.	
Firma del paciente, padre o tutor:	Fecha (mm/dd/aaaa)



## Instrucciones para el llenado de la Solicitud de Continuidad de Atención

- Debe llenar una solicitud por cada condición médica para la cual usted o sus dependientes buscan tener una Continuidad de Atención. Puede encontrar la solicitud en la página web de MediExcel Health Plan en el **www.mediexcel.com**. Aceptamos fotocopias de la solicitud.
- Por favor conteste todas las preguntas completamente.
- La solicitud completada deberá ser firmada por el paciente para el cual se está solicitando la Continuidad de Atención. Si el paciente es menor de edad, la solicitud deberá ser firmada por su tutor.
- Debe aplicar para la Continuidad de Atención a más tardar de 30 días después de la terminación del contrato con su médico o profesional de la salud. Toda solicitud completada deberá ser marcada como "Confidencial" e enviada a la siguiente dirección:

### **Favor de enviar por Correo o por Fax a:**

MediExcel Health Plan  
750 Medical Center Court, Suite 2  
Chula Vista, CA 91911  
Fax: (978) 522-3777

**8.a:** Por favor proporcione toda información acerca de su tratamiento actual o propuesta de tratamiento, así como el tiempo aproximado en el que se llevará a cabo. Si se ha considerado alguna cirugía, favor de indicar el tipo de cirugía y la fecha propuesta. Use una hoja extra si es necesario.

**11.a:** Explique su condición de salud brevemente. ¿Cuándo comenzó y quien es el médico involucrado actualmente? ¿Qué tan frecuente es atendido por este médico? Sea lo más específico posible. Use una hoja extra si es necesario.