

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONTINUIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA



Esta es una solicitud formal para continuar la atención médica con un proveedor cuyo contrato como proveedor en la Red de Alliant Health Plans está llegando a su fin.

La determinación de la solicitud será enviada por correo postal. Si su solicitud no es aprobada, cualquier servicio o cuidado prestado por el proveedor se pagará del renglón de beneficios fuera de la red.

**Miembro:** Por favor complete la siguiente sección (incluya toda la información en letra imprenta):

1. Información del miembro (número de identificación del miembro, fecha de nacimiento, etc.). Encontrará esta información en la parte delantera de su tarjeta de identificación del seguro médico.
2. Autorización. Por favor, lea en detalle la autorización, firme y feche el formulario. Le recordamos que el miembro debe firmar y fechar el formulario. Si el miembro es menor de 18 años, su representante autorizado también debe firmar el formulario y fechar el formulario.

**Después de que complete las dos primeras secciones de información de este documento, entréguele el formulario a su proveedor de atención médica para que complete las secciones 3 y 4. Luego, la oficina del proveedor puede enviar por fax el documento a Alliant Health Plans (866-634-8917) para que sea revisado.**

## SECCIÓN UNO: Información del miembro

Nombre:
Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA
Número de Identificación de Alliant Health Plans:
Número de Teléfono del Miembro:

## SECCIÓN DOS: Autorización (POR FAVOR, LÉALA)

Solicito aprobación para cobertura de atención médica continua (continuidad de atención) del proveedor que se menciona más adelante, en la sección 4, para un tratamiento que se inició antes de que el contrato del proveedor con Alliant Health Plans llegara a su fin. Me queda claro que, si aprueban la autorización de cobertura para los servicios, será por un tiempo limitado. Autorizo a que el proveedor de servicios médicos le presente a Alliant Health Plans cualquier información médica y/o registros necesarios, para que sean revisados y una decisión pueda ser determinada.

Firma del Miembro y Fecha: (para mayores de 18 años)
Firma del Tutor Legal y Fecha: (para menores de 17 años)

## SECCIÓN TRES: Información del Proveedor (entréguele este formulario a su proveedor para que sea completada)

Nombre del Proveedor:	
Número de Teléfono del Proveedor:	Identificación Fiscal del Proveedor:
Dirección del Proveedor:	

