

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE DERIVACIÓN

Envíe el formulario completo y cualquier información adicional a eternalHealth por correo, fax o por teléfono.

- **Fax:** 866-337-8686
- **Correo:** P.O. Box 1377, Westborough, MA, 01581
- **Proveedor de servicios:** 800-680-9255

**Quién puede realizar una solicitud de derivación:** los proveedores de atención primaria (PCP) pueden derivar a los miembros a cualquier especialista dentro de la red de eternalHealth. Una derivación es necesaria cuando el PCP solicita que un miembro sea evaluado o tratado por un especialista para atención que no sea de emergencia.

**Nota al PCP:** conserve copias de este formulario y toda la documentación enviada con esta solicitud. No envíe información clínica con este formulario. Complete un formulario para cada derivación de miembro.

### Información del miembro

**Nombre del miembro**

(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

**Nombre del producto****Número de identificación del miembro****Fecha de nacimiento del miembro**

(MM/DD/AAAA)

**Teléfono del miembro**

### Información del proveedor de atención primaria (PCP) que lo deriva

**Nombre del proveedor**

(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

**Número de identificación del proveedor****Número de identificación fiscal del proveedor****Domicilio del proveedor****Teléfono del proveedor****Fax del proveedor**

### Especialista/proveedor de servicios médicos

**Nombre del proveedor**

(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

**Especialidad del proveedor****Número de identificación del proveedor****Número de identificación fiscal del proveedor****Domicilio del proveedor****Teléfono del proveedor****Fax del proveedor**

La información contenida en esta transmisión es confidencial y puede estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. Si no es el destinatario previsto, cualquier uso, distribución o copia está estrictamente prohibido. Si recibió esta información por error, notifíquenos de inmediato y destruya este documento.

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE DERIVACIÓN

Información de derivación	
<b>Servicio solicitado</b>	<input type="checkbox"/> Derivación de rutina <input type="checkbox"/> Derivación permanente (es necesario un diagnóstico calificado y está limitado a 1 año)
<b>Razón de la derivación</b>	
<b>Diagnóstico con código (ICD-10)</b> (Ingrese al menos uno)	
<b>Cantidad de consultas</b> (Si se deja en blanco, se supone 1 consulta)	
<b>Fecha de inicio de la derivación solicitada</b> (MM/DD/AAAA)	
<b>Fecha de finalización de la derivación solicitada</b> (MM/DD/AAAA)	

Firma del solicitante	
<b>Nombre de la persona que llena este formulario</b> (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	
<b>Firma de la persona que llena este formulario</b> (al escribir su nombre aquí, usted afirma que la información proporcionada es verdadera y precisa a su leal saber y entender)	
<b>Fecha de hoy</b>	

**NOTAS ADICIONALES:**

- El plan no exige una derivación para servicios de emergencia.
- Las derivaciones no permiten que los especialistas deriven a los miembros a otros especialistas para recibir atención. El PCP debe presentar una derivación para buscar atención de otros especialistas.
- Es posible que la autorización previa para ciertos productos o servicios sea necesaria. Los productos o servicios que necesitan de autorización previa se pueden encontrar en [www.eternalhealth.com](http://www.eternalhealth.com).
- Los PCP deberán derivar a especialistas dentro de la red. La derivación a un proveedor fuera de la red puede necesitar autorización previa, según el plan del miembro.
- La derivación no es garantía de pago. El pago está sujeto a la elegibilidad en la fecha del servicio, los beneficios del plan, las limitaciones y exclusiones, las limitaciones de afecciones preexistentes y la responsabilidad del miembro según el plan.
- No se aceptan derivaciones retroactivas.