

Date

RE: Aviso de proveedor terminada – la continuidad de cuidado de la red de médico (MPN)

Querido _____ empleado,

Esta carta es de notificarle que su actual proveedor que le está tratando _____, para su lesión de, _____ ya no toma parte en nuestro MPN. Para confirmar el continuó cuidado efectivo para su lesiones relacionadas a su trabajo, revise por favor la información abajo. Debe proporcionar una respuesta a su ajustador verificando el artículo apropiado que explica su posición:

_____ **Una Condición Aguda.** Una condición aguda es una condición médica que implica un comienzo repentino de síntomas debido a una enfermedad, lesión, o debido a otro problema médico que requiere atención médica pronta y que tiene una duración de no más de 30 días. La terminación de tratamiento será proporcionada para la duración de la condición aguda dentro de los 30 días de la fecha de la lesión.

_____ **Una Condición Crónica Grave.** Una condición crónica grave es una condición médica debido a una enfermedad, herida catastrófica, problema médico o desorden médico que es grave de naturaleza y que persiste sin curación completa o empeorará más de 90 días y requiere tratamiento continuó para mantener remisión o prevenir empeoramiento. La terminación de tratamiento será proveida por un periodo de tiempo necesario, hasta un año: (A) completar un tratamiento aprobado por el empleador o el asegurador; y (B) arreglar para la transferencia a otro proveedor dentro del MPN, como determinado por el asegurador o el empleador. El período de un año para la terminación de tratamiento comienza de la fecha de determinación que el empleado tiene una condición crónica grave.

_____ **Una Enfermedad Terminal.** Una enfermedad terminal es una condición incurable o irrevocable que tiene una probabilidad alta de causar la muerte dentro de un año o menos. La terminación de tratamiento será proveida para la duración de una enfermedad terminal.

_____ **Rendimiento de una Cirugía.** El rendimiento de una cirugía u otro procedimiento que es autorizado por el asegurador o el empleador como parte documentada durante un tratamiento y ha sido recomendado y documentado por el proveedor para ocurrir dentro de 180 días de la fecha de vigencia de la cobertura de MPN.

_____ Yo no tengo ninguna de las condiciones arriba y/o escogeré a otro proveedor dentro del MPN. Si necesito ayuda llamaré _____ a un proveedor de MPN, para obtener una lista de proveedores dentro del MPN.

Siguiendo nuestra determinación de su condición médica, nosotros le notificaremos de la determinación con respecto a la terminación de tratamiento y si o no puede ser transferido en el MPN para el tratamiento médico. Verificaremos con el médico que le está tratando si está dispuesto a seguir tratandole. La notificación será enviada a usted y a una copia de la carta será enviada a su médico primario que le está tratando.

Sinceramente,