

持續護理申請表

持續護理是一個過程，針對更改計劃的會員或計劃提供者已從參與的網絡中退出的會員，他們將繼續接受持續護理。承保範圍取決於您的計劃的條款和條件。

如果您符合某些標準，您可能就有資格繼續接受當前醫生的治療。查看 Blue Shield 的持續護理手冊，請訪問 blueshieldca.com/forms。

您還可以查看以下資訊，查詢您是否符合資格。如果您需要幫助，請致電您的 Blue Shield 會員 ID 卡上的會員服務號碼。

介紹：

查看本表格的第 1 部分，其中概述了如何獲得持續護理服務的資格。請注意：這取決於資格以及您的計劃的條款和條件。

填寫本表格的第 2 部分，其中要求提供以下資訊：會員正在接受的治療和參與會員護理的提供者。

附上要求的治療文檔以**完成第 3 部分**：

- 與會員提供者的首次協商記錄
- 會員提供者的最後三次進展說明
- 會員的治療計劃

查看第 4 部分，包括認證和授權框。

第 1 部分——符合條件的醫療疾病：

根據計劃條款和條件，會員可能有資格獲得某些服務的持續護理，例如：

- 住院護理
- 末期疾病治療
- 針對急性醫療疾病、心理健康或藥物使用障礙（包括孕產婦心理健康疾病）的積極療程
- 治療嚴重和複雜的疾病，或作為治療嚴重慢性病的積極療程的一部分
- 懷孕護理，無論是孕期還是產後護理
- 照護 36 個月以下的新生兒
- 預先安排的非選擇性手術

第 2 部分——有關當前治療和提供者的資訊

患者資訊

姓名：	投保人 ID：	
地址：		
城市：	州：	郵遞編碼：
出生日期：	與投保人關係：	
主要電話號碼：	次要電話號碼：	
您的雇主是否正在變更您的健康計劃？ <input type="checkbox"/> 是 或 <input type="checkbox"/> 否		
以前的健康保險公司 (如適用)：		
Kaiser 醫療記錄編號 (如適用)：		
保險終止日期：	以前的健康計劃是否仍有提供？ <input type="checkbox"/> 是 或 <input type="checkbox"/> 否	
新健康計劃的名稱：		
新健康計劃的生效日期：		

患者醫療資訊

若懷孕，預產期是哪一天？		
分娩醫院/設施名稱：	OB/GYN (婦產科醫師) 姓名：	
會員目前是否住院？ <input type="checkbox"/> 是 或 <input type="checkbox"/> 否	醫院名稱：	
會員目前是否正在接受家庭保健治療或善終服務？ <input type="checkbox"/> 是 或 <input type="checkbox"/> 否		
家庭保健提供者或善終服務提供者的名稱：		
家庭保健提供者或善終服務提供者的納稅識別號：		
電話號碼：	傳真號碼：	
會員是否患有末期病症？		
需要考慮的其他資訊		
請列出需要考慮的任何其他資訊：		

提供者資訊 1

申請提供者的名字和姓氏：		
國家提供者標識符 (NPI)：	帳單納稅識別號	
地址：		
城市：	州：	郵遞編碼：
電話號碼：	傳真號碼：	
提供者專科：		
獲得治療的病症/診斷 (ICD-10 代碼，如果有)：		
治療 (CPT 代碼，如果有)：		
使用提供者的原始起始日期：		
最後一次診所看診/治療：		
下次預約/治療日期：		
申請持續護理服務表		

提供者資訊 2

申請提供者的名字和姓氏：

國家提供者標識符 (NPI)：

帳單納稅識別號

地址：

城市：

州：

郵遞編碼：

電話號碼：

傳真號碼：

提供者專科：

獲得治療的病症/診斷 (ICD-10 代碼, 如果有)：

治療 (CPT 代碼, 如果有)：

使用提供者的原始起始日期：

最後一次診所看診/治療：

下次預約/治療日期：

提供者資訊 3

申請提供者的名字和姓氏：

國家提供者標識符 (NPI)：

帳單納稅識別號

地址：

城市：

州：

郵遞編碼：

電話號碼：

傳真號碼：

提供者專科：

獲得治療的病症/診斷 (ICD-10 代碼, 如果有)：

治療 (CPT 代碼, 如果有)：

使用提供者的原始起始日期：

最後一次診所看診/治療：

下次預約/治療日期：

設施資訊 (包括實際地址)

申請提供者的名字和姓氏：

國家提供者標識符 (NPI)：

帳單納稅識別號

地址：

城市：

州：

郵遞編碼：

電話號碼：

傳真號碼：

提供者專科：

獲得治療的病症/診斷 (ICD-10 代碼, 如果有)：

治療 (CPT 代碼, 如果有)：

第 3 部分—請附上每個提供者的以下文件

- 治療服務提供者的首次諮詢報告
- 當前的治療計劃
- 最後三份進展報告

第 4 部分—審核

請注意：Blue Shield 只有在收到治療提供者簽署的以下協議後才能批准持續護理服務：

- 1) 接受 Blue Shield 的標準參與服務提供者簽約費率
- 2) 僅收取 Blue Shield 會員的標準共付額/共同保險金額
- 3) 不會向 Blue Shield 開出因財務分歧而產生的任何金額的差額負擔

會員證明、授權書和簽名

本人特此聲明，據本人所知所信，此表格及所有隨附文件均準確、無誤且完整。本人在此授權醫師、保健設施和其他保健提供者、保險公司、醫院或醫療服務計劃將此患者的所有疾病相關資訊提供給 Blue Shield 或其代理人或員工。本資訊用以評估和處理此申請。

為了保護您，加州法律要求在本表中載明以下內容。任何人士故意提供虛假或欺詐資訊以獲得或修改保險範圍或提出損失索賠，均屬於犯罪行為，可能會被處以罰款並被監禁在州監獄中。

響應會員姓名：

會員簽名

簽名日期

我們可以聯絡到會員的電話號碼：

透過郵件返回此表格至：

Blue Shield of California
Attn: Continuity of Care Team
P.O. Box 629005
El Dorado Hills, CA 95762

透過傳真發送此表格：

(855) 895-3506

此傳真電報可能含有受保護且重要的高度機密醫療資訊、個人及健康資訊 (PHI) 和/或法律資訊。本資訊僅供上述署名個人或實體使用。

如果您不是本材料的指定接收人，則您不可使用、發行、討論、傳播或發佈本材料。如果您不是指定接收人，或您誤收此資訊，請立即通知發件人，並**私下**銷毀此被錯誤傳真的資訊。

感謝您協助我們保密。

修訂日期：2023 年 12 月

生效：2024 年 1 月