

فرم درخواست ادامه مراقبت‌های درمانی

هدف از ادامه مراقبت

ادامه مراقبت عبارت است از فراهم کردن امکان تداوم مراقبت‌های درمانی برای اعضا زمانی که:

- شبکه‌ای که ارائه‌کننده شرکت‌کننده با آن کار می‌کند، ارائه خدمات را متوقف کند
- اخیراً به شبکه‌ای ملحق شده‌اند که ارائه‌کننده فعلی آنها در آن شبکه، شرکت ندارد

فرم را تکمیل کنید

اعضا در مواردی می‌توانند درخواست ادامه مراقبت کنند که آنها:

- در حال دریافت درمان برای یک مشکل سلامتی طولانی مدت باشند که نیاز به ادامه مراقبت دارد.
 - **وضعیت حاد پزشکی** یک عارضه پزشکی است که شامل حمله ناگهانی علائم بیماری به واسطه بیماری، مصدومیت یا سایر مشکلات پزشکی است. وضعیت حاد پزشکی نیاز به توجه پزشکی فوری داشته و طول مدت محدودی دارد.
 - **بیماری مزمن جدی** یک عارضه پزشکی است که به واسطه بیماری، مرض یا مشکل پزشکی دیگری ایجاد می‌شود که ماهیت جدی دارد. بیماری مزمن جدی وضعیتی است که بدون درمان کامل ادامه یابد یا در طول زمان بدتر شود یا به درمان مداوم برای حفظ بهبودی یا جلوگیری از وخامت نیاز داشته باشد.
 - خدماتی که در پوشش شما گنجانده شده‌اند ممکن است تا زمان تکمیل یک برنامه معالجه یا اطمینان از اینکه می‌توانید با خیال راحت و بدون مشکل به ارائه‌کننده دیگری انتقال یابید، ادامه پیدا می‌کند.
- بارداری، در دوران بارداری و در مراقبت‌های بعد از بارداری باشند
- نوزادی داشته باشند که تازه متولد شده یا حداکثر 36 ماه سن دارد
- مشکل بهداشت روانی مادر در دوران بارداری داشته باشند
- بیماری داشته باشند که قابل درمان نیست و ممکن است منجر به مرگ شود
- اگر ظرف 180 روز پس از شروع طرح، برای عمل جراحی یا سایر مراقبت‌های درمانی نوبت گرفته‌اید، باید از طرح قبلی خود یا ارائه‌کننده‌ای که به شما اختصاص داده‌اند، تأییدیه بگیرید.

استثناها

طرح Blue Shield of California Promise Health Plan برای ارائه ادامه مراقبت برای خدماتی که تحت پوشش ارائه‌کننده نیست، مورد نیاز نیست. ارائه‌کننده خدمات «ادامه مراقبت» این لوازم یا خدمات را ارائه نمی‌کند:

- سایر خدمات اضافی
- ارائه‌کنندگان خدمات حذف‌شده

Blue Shield Promise شما را ملزم به ارسال درخواست ادامه مراقبت برای موارد زیر نمی‌کند:

- وسائل با دوام پزشکی

- انتقال

شما یا نماینده مجاز Blue Shield Promise برای دریافت مراقبت درمانی یا برنامه‌ریزی برای مراقبت درمانی، می‌توانید فرم زیر را تکمیل کنید. این فرم کمک می‌کند تا مطمئن شوید که مراقبت‌های درمانی شما بدون وقفه ارائه می‌شود.

لطفاً برای هر عضوی که مایل است به پزشک فعلی خود مراجعه کند، یک فرم پر کنید. اگر سوالی دارید، می‌توانید با شماره تلفن بخش خدمات مشتریان که در کارت شناسایی عضو نوشته شده، تماس بگیرید.

اطلاعات مشترک

نام مشترک:	
نشانی:	
شهر:	ایالت:
تاریخ تولد:	شماره اشتراک:
نام گروه کارفرما:	شماره شناسه Kaiser (در صورت وجود):
شماره تلفن منزل:	شماره موبایل:
نام شرکت بیمه درمانی قبلی:	تاریخ اتمام پوشش بیمه:

اطلاعات بیمار

نام عضو (در صورت تفاوت با نام مشترک):	
شهر:	ایالت:
تاریخ تولد:	نسبت با مشترک:
نام شرکت بیمه درمانی قبلی:	تاریخ اتمام پوشش بیمه:

آیا عضو هم اکنون در بیمارستان بستری است؟	
آگر بله، نام بیمارستان را ذکر کنید:	شناسه ارائه کننده ملی (NPI):
آیا عضو در حال حاضر از مراقبت‌های درمانی در منزل یا مراقبت‌های قبل از مرگ برخوردار است؟	
بله، نام ارائه‌کننده خدمات مراقبت درمانی در خانه یا آسایشگاه بیماران رو به مرگ را ذکر کنید:	
شماره تلفن ارائه کننده:	شماره فکس ارائه کننده:
شهر:	ایالت:
آیا عضو بیماری مهلک دارد؟	
عضو باردار است، تاریخ پیش بینی زمان زایمان چه زمانی است؟	
نام بیمارستان / مرکز ارائه دهنده خدمات:	
شماره تلفن مرکز:	شماره نمابر مرکز:

اطلاعات ارائه کننده

نام و نام خانوادگی ارائه کننده درخواست کننده:	
شناسه ارائه کننده ملی (NPI):	شماره شناسه مالیاتی صورتحساب
نشانی ارائه کننده:	
شهر:	ایالت:
تخصص ارائه کننده:	
شماره تلفن ارائه کننده:	شماره فکس ارائه کننده:
تشخیص/بیماری در حال درمان (کد ICD-10، در صورت وجود):	
درمان (کد یا کدهای CPT، در صورت وجود):	
تاریخ اصلی شروع مراجعه به ارائه کننده:	تاریخ آخرین مراجعه به مطب:
علت:	
تاریخ نوبت/درمان بعدی:	

لطفا هرگونه اطلاعات اضافی که باید مورد توجه قرار گیرد را در زیر ذکر کنید:

لطفا فرم‌های تکمیل شده را به آدرس زیر ایمیل یا فکس کنید:

Blue Shield Promise Health Plan
PO Box 629005
El Dorado Hills, CA 95762
Fax: (855) 895-3506

برای سوالات بیشتر، لطفا با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید:

Medi-Cal

خدمات مشتریان (Los Angeles) Medi-Cal:

1-800-605-2556 (TTY: 711)

از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه، با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

خدمات اعضای (San Diego) Medi-Cal:

با 1-855-699-5557 (TTY: 711)

از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه، با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

این فکس ممکن است حاوی اطلاعات پزشکی، اطلاعات شخصی و بهداشتی (PHI) و یا اطلاعات قانونی محافظت شده، تحت مجوز، بسیار محرمانه باشد.

اطلاعات فقط برای استفاده شخص یا نهاد ذکر شده در بالا در نظر گرفته شده است.

اگر شما دریافت کننده مورد نظر این متن نیستید، نمی‌توانید از آن استفاده کنید، آن را منتشر کنید، در مورد آن گفتگو کنید، انتشار دهید، یا به شکل دیگری آن را توزیع کنید. اگر شما گیرنده موردنظر این نامه نیستید، یا اگر این نامه ارسالی را به اشتباه دریافت کرده‌اید، لطفاً هرچه سریعتر به فرستنده اطلاع دهید و اطلاعاتی را که به اشتباه فکس شده است را با **حفظ محرمانگی** از بین ببرید. از شما برای کمک به حفظ موثر محرمانگی این نامه تشکر می‌کنیم.