

## نموذج طلب استمرارية الرعاية

### الغرض من استمرارية الرعاية

يُقصد باستمرارية الرعاية السماح باستمرارية الرعاية للأعضاء في الحالات التالية:

- إذا توقفت الشبكة التي يتعامل معها موفر رعاية مشارك عن تقديم الخدمات
- إذا إنضموا مؤخرًا إلى شبكة لا يكون موفر الرعاية الحالي مشاركًا فيها

### تعبئة النموذج

يجوز للأعضاء طلب استمرارية الرعاية في الحالات التالية:

- إذا تلقوا العلاج لمشكلة صحية طويلة الأمد تحتاج إلى رعاية مستمرة.
- **تعرف الحالة الطبية الحادة** بأنها حالة طبية تنطوي على ظهور مفاجئ لأعراض بسبب مرض أو إصابة أو مشكلة طبية أخرى. وتتطلب الحالة الطبية الحادة عناية طبية فورية وتكون مدتها محدودة.
- **تعرف الحالة المزمنة الخطيرة** بأنها حالة طبية ناجمة عن مرض أو داء أو مشكلة طبية أخرى خطيرة بطبيعتها. والحالة المزمنة الخطيرة هي الحالة التي يستعصى علاجها دون شفاء كامل أو تتفاقم الحالة بمرور الوقت أو تتطلب علاجًا مستمرًا لمنعها من التفاقم أو لمنع تدهورها.
- قد تستمر الخدمات المشمولة في التغطية الخاصة بك طالما استغرق الأمر إكمال خطة العلاج أو التأكد من إمكانية نقلك بأمان إلى موفر رعاية آخر.
- إذا كنتِ حاملًا وأثناء الحمل ورعاية ما بعد الحمل
- إذا كان لديك طفل حديث الولادة أو لم يجاوز عمره 36 شهرًا
- إذا كانت الأم تعاني من مشاكل صحية عقلية
- الإصابة بمرض عضال قد يؤدي إلى الوفاة
- إذا كنت سوف تخضع لعملية جراحية أو رعاية أخرى خلال 180 يومًا من تاريخ البدء فيجب الحصول على موافقة من خطتك السابقة أو موفر الرعاية المُعين لك

### الاستثناءات

لا يوجد ضرورة لاستمرارية توفير الرعاية من Blue Shield of California Promise Health Plan للخدمات التي لا يغطيها تأمين مقدم الخدمة. لا يشمل تأمين استمرارية الرعاية التي يقدمها موفر الرعاية على المستلزمات أو الخدمات التالية:

- أي خدمات إضافية أخرى
- موفري الرعاية للخدمات غير المُغطاة

لا تتطلب Blue Shield Promise تقديم طلب استمرارية الرعاية في الحالات التالية:

- الأجهزة الطبية المُعمّرة

- الانتقال

يمكنك أنت أو مندوبك المعتمد من Blue Shield Promise إكمال النموذج أدناه إذا كنت تتلقى الرعاية أو كان من المقرر أن تتلقى الرعاية. يساعد هذا النموذج في تأكيد عدم وجود انقطاعات في تلقي رعايتك.

يرجى ملء النموذج لكل عضو يرغب في الاستمرار في المتابعة مع طبيبه الحالي. إذا كانت لديك أسئلة يمكنك الاتصال على رقم خدمة العملاء الموجود على بطاقة معرف العضوية الخاصة بك.

## معلومات المشترك

|                                 |                                  |                |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------|
| اسم المشترك:                    |                                  |                |
| العنوان:                        |                                  |                |
| المدينة:                        | الولاية:                         | الرمز البريدي: |
| تاريخ الميلاد:                  | رقم معرف عضوية المشترك:          |                |
| اسم مجموعة صاحب العمل:          | رقم معرف كيسر (Kaiser) (إن وجد): |                |
| رقم هاتف المنزل:                | رقم الهاتف المحمول:              |                |
| اسم شركة التأمين الصحي السابقة: | تاريخ انتهاء التغطية:            |                |

## معلومات المريض

|  |                         |                |
|--|-------------------------|----------------|
| اسم العضو (إذا كان مختلفًا عن المشترك):  |                         |                |
| المدينة:   | الولاية:                | الرمز البريدي: |
| تاريخ الميلاد:   | صلة القرابة مع المشترك: |                |
| اسم شركة التأمين الصحي السابقة:  | تاريخ انتهاء التغطية:   |                |
| هل العضو مقيم في المستشفى الآن <input type="checkbox"/> نعم أم <input type="checkbox"/> لا   |                         |                |
| إذا كان الجواب نعم، ما اسم المستشفى: رقم المُعرّف الوطني لموفر الرعاية (NPI):  |                         |                |
| هل يتلقى العضو الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية المرضى بالأمراض العضال الآن؟ <input type="checkbox"/> نعم أم <input type="checkbox"/> لا |                         |                |
| إذا كان الجواب نعم، ما اسم موفر الرعاية الصحية المنزلية أو موفر رعاية الأمراض العضال:  |                         |                |
| رقم هاتف موفر الرعاية:   | رقم فاكس موفر الرعاية:  |                |
| المدينة:   | الولاية:                | الرمز البريدي: |
| هل يعاني العضو من مرض عضال؟ <input type="checkbox"/> نعم أم <input type="checkbox"/> لا  |                         |                |
| إذا كان العضو امرأة حامل، ما تاريخ الولادة المتوقع؟  |                         |                |
| اسم المستشفى/المنشأة التي تُجري الولادة:   |                         |                |
| رقم هاتف المنشأة:  | رقم فاكس المنشأة:       |                |

## معلومات موفر الرعاية

|  |                               |                |
|--|-------------------------------|----------------|
| الاسم الأول والأخير لموفر الرعاية صاحب الطلب:                  |                               |                |
| رقم المُعرّف الوطني لموفر الرعاية (NPI):                       | رقم المُعرّف الضريبي للفواتير |                |
| العنوان:   |                               |                |
| المدينة:   | الولاية:                      | الرمز البريدي: |
| تخصص موفر الرعاية:   |                               |                |
| رقم هاتف موفر الرعاية:   | رقم فاكس موفر الرعاية:        |                |
| الحالة/التشخيص الذي يتم علاجه (رمز ICD-10، إذا كان متاحًا):    |                               |                |
| العلاج (رمز/رموز المصطلحات الإجرائية الحالية (CPT، إذا توفرت): |                               |                |
| تاريخ البدء الأصلي مع موفر الرعاية:                            | تاريخ آخر زيارة للعيادة:      |                |
| السبب:   |                               |                |
| تاريخ الموعد/العلاج التالي:                                    |                               |                |

يرجى إدراج أي معلومات إضافية يجب مراعاتها أدناه:

يرجى إرسال النماذج الكاملة بالبريد أو الفاكس إلى:  
Blue Shield Promise Health Plan  
صندوق بريد 629005  
El Dorado Hills, CA 95762  
الفاكس: (855) 895-3506

للمزيد من الاستفسارات يرجى الاتصال بخدمة رعاية العملاء:

### برنامج Medi-Cal

رعاية العملاء في برنامج Medi-Cal (لوس أنجلوس):  
1-800-605-2556 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا  
إلى الساعة 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.

خدمات أعضاء برنامج Medi-Cal (سان دييغو):  
1-855-699-5557 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا  
إلى الساعة 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.

قد تحتوي هذه المراسلات المرسلة بالفاكس على معلومات طبية محمية ومميزة وسرية للغاية، و/أو معلومات شخصية وصحية محمية (PHI)، و/أو معلومات قانونية.

هذه المعلومات مخصصة فقط لاستخدام الفرد أو الكيان المذكور أعلاه.

إذا لم تكن الشخص المقصود بهذه المعلومات يمنع عليك استخدامها أو نشرها أو مناقشتها أو تداولها أو توزيعها بأي شكل كان. إذا لم تكن الشخص المقصود أو إذا تلقيت هذه المراسلات عن طريق الخطأ، فيرجى إخطار المرسل على الفور والتخلص من المعلومات التي تم إرسالها بالفاكس عن طريق الخطأ بشكل سري. نشكرك على المساعدة في المحافظة على سرية المعلومات.