



持續護理申請表

持續護理的目的

持續護理是指在出現以下情況時允許持續為會員提供護理：

- 參與計劃的醫療服務提供者合作網絡停止提供服務
- 會員最近加入了一個網絡，但是會員目前的醫療服務提供者並未加入此網絡

填寫表格

如果會員有以下情況時可以申請持續護理：

- 正在接受需要持續照護的長期健康問題的治療。
 - **急性病症**是指因為疾病、受傷或其他健康問題而出現突發症狀的病症。急性病症需要立即就醫，且持續時間有限。
 - **嚴重慢性病症**是由於疾病、身體不適或其他性質嚴重的健康問題而導致的病症。嚴重慢性病症是指持續存在且無法完全治癒的疾病，或病況會不斷惡化或需要持續治療以維持緩解或防止惡化的疾病。
 - 您的承保範圍包含的服務可能會持續到完成治療計劃為止，或確保您可以安全地轉診至另一位醫療服務提供者為止。
- 懷孕、處於孕期以及產後護理期間
- 您有新生兒或年齡最大**36**個月的小孩
- 有產婦心理健康問題
- 患有無法治癒並可能導致死亡的疾病
- 如果您計劃在持續照護開始後**180**天內接受手術或其他護理，您需要向先前的計劃或他們為您指定的醫療服務提供者取得核准

例外處理

Blue Shield of California Promise Health Plan無需為醫療服務提供者保障範圍未承保的服務提供持續護理。醫療服務提供者持續護理保障不包括以下用品或服務：

- 其他的額外服務
- 被排除在外的醫療服務提供者

Blue Shield Promise不會要求您就以下事項提交持續護理申請：

- 耐用醫療設備
- 過渡期

如果您正在接受護理或計劃要接受護理，您或您的Blue Shield Promise授權代表可填寫下面的表格。本表格有助於確保您的護理不會中斷。

請為每位想要繼續在現時的醫生處就診的會員填寫一份表格。如果您有疑問，請撥打會員識別卡上的客服電話。

投保人資料

投保人姓名：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

出生日期：

投保人識別號碼：

僱主團體名稱：

Kaiser識別號碼（如適用的話）：

住家電話號碼：

手機號碼：

先前的醫療保險公司名稱：

承保結束日期：

病人資料

會員姓名（如果與投保人並非同一人）：

城市：

州：

郵遞區號：

出生日期：

與投保人的關係：

先前的醫療保險公司名稱：

承保結束日期：

會員目前是否住院中？

「是」或「否」

如為「是」，請提供醫院名稱：

國家醫療服務提供者識別碼(NPI)：

此位會員目前是否正在接受居家醫療保健或臨終關懷護理？

「是」或「否」

如為「是」，請提供居家醫療保健服務提供者或臨終關懷服務提供者的名稱：

醫療服務提供者電話號碼：

醫療服務提供者傳真號碼：

城市：

州：

郵遞區號：

此位會員是否患有絕症？

「是」或「否」

如果會員懷孕了，預產期是哪一天？

產科醫院／機構名稱：

機構電話號碼：

機構傳真號碼：

醫療服務提供者資料

提出請求的醫療服務提供者全名：

國家醫療服務提供者識別碼(NPI)：

帳單稅務識別碼

醫療服務提供者地址：

城市：

州：

郵遞區號：

醫療服務提供者專科：

醫療服務提供者電話號碼：

醫療服務提供者傳真號碼：

正在治療的病症/診斷（ICD-10代碼，如有的話）：

治療（CPT 代碼，如有的話）：

向醫療服務提供者求診的最初開始日期：

上次就診日期：

原因：

下次預約/治療日期：

其他需要考慮的資訊

請在下面列出要考慮的任何其他資訊：

請將填妥的表格郵寄或傳真至：

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

如有其他疑問，請聯絡客戶服務部：

Medi-Cal

Medi-Cal（洛杉磯）客戶服務部：
1-800-605-2556（聽障和語障專線：711），
服務時間為週一至週五，上午8時至晚上6時。

Medi-Cal（聖地牙哥）客戶服務部：
1-855-699-5557（聽障和語障專線：711），
服務時間為週一至週五，上午8時至晚上6時。

此份傳真可能包含受保護的高度機密特殊權限醫療資訊、個人和健康資訊(PHI)，和/或法律資訊。

此份資料僅供上述指定的人士或機構使用。

如果您並非本資料指定的收件人，則您不得使用、出版、討論、傳播或以其他方式分發本資料。如果您並非指定的收件人，或者您因誤傳而收到此份資料，請立即通知寄件人並以**保密的方式**銷毀誤傳的資料。感謝您協助維護資料適當的保密性。