

Form ng Kahilingan sa Pagpapatuloy ng Pangangalaga

Layunin ng Pagpapatuloy ng Pangangalaga

Ang Pagpapatuloy ng Pangangalaga ay ang pagpapahintulot ng tuluy-tuloy na pangangalaga para sa mga miyembro kapag:

- Huminto na sa pagbibigay ng mga serbisyo ang network na kaugnay sa kalahok na provider
- Kamakailan lang sila sumali sa isang network kung saan ang kanilang kasalukuyang provider ay hindi kalahok

Pagsagot ng Form

Maaaring humiling ang mga miyembro ng Pagpapatuloy ng Pangangalaga kung sila:

- Ay nagpapagamot para sa isang pangmatagalang problema sa kalusugan na nangangailangan ng patuloy na pangangalaga.
 - **Ang malalang kondisyong medikal** ay isang kondisyong medikal na may kinalaman sa biglaang paglabas ng mga sintomas dahil sa isang karamdaman, pinsala, o iba pang medikal na problema. Nangangailangan ang isang malalang kondisyong medikal ng agarang medikal na atensyon at mayroon itong limitadong tagal.
 - **Ang seryosong hindi gumagaling na kondisyon** ay isang kondisyong medikal na dulot ng isang sakit, karamdaman, o iba pang malubhang medikal na problema. Ang seryosong hindi gumagaling na kondisyon ay isang kondisyong magpapatuloy nang hindi ganap na gumagaling o kaya lumalala sa loob ng mahabang panahon o mangangailangan ng tuluy-tuloy na paggamot upang mapanatili ang pagbawas o pagkawala ng mga palatandaan at sintomas ng sakit (remission) o mapigilan ang paghina ng kalusugan.
 - Maaaring magpatuloy hangga't kinakailangan upang makumpleto ang isang plano sa paggamot ang mga serbisyong kasama sa inyong saklaw o upang masiguro na ligtas kayong mailipat sa ibang provider.
- Ay buntis, nasa panahon ng pagbubuntis, at pangangalaga pagkatapos ng pagbubuntis
- Mayroon kayong sanggol na bagong panganak o hanggang sa 36 na buwang gulang
- May problema sa kalusugan ng isip sa panahon ng pagkabuntis o kaagad pagkapanganak
- May sakit na hindi mapapagaling at maaaring magdudulot ng kamatayan
- Kung mayroon kayong operasyon o iba pang pangangalagang nakaplano sa loob ng 180 araw kung kailan nagsisimula ang inyong plano, kailangan ninyong makakakuha ng pag-apruba mula sa inyong dating plano o sa provider na itinalaga nila sa inyo

Mga pagbubukod

Ang Blue Shield of California Promise Health Plan ay hindi kailangan upang makapagbigay ng pagpapatuloy ng pangangalaga para sa mga serbisyong hindi sinasaklaw ng proteksyon ng provider. Hindi kasama sa proteksyon sa pagpapatuloy ng pangangalaga ng provider ang mga supply o serbisyong ito:

- Iba pang karagdagang serbisyo
- Mga carved-out na provider ng serbisyo

Hindi kakailanganin sa inyo ng Blue Shield Promise na magsumite ng kahilingan para sa pagpapatuloy ng pangangalaga para sa:

- Matibay na kagamitang medikal
- Paghahatid

Maaaring kumpletuhin ninyo o ng inyong pinahintulutang kinatawan ng Blue Shield Promise ang form sa ibaba kung kayo ay tumatanggap ng pangangalaga o naka-schedule para sa pangangalaga. Nakakatulong ang form na ito upang masigurong walang hinto ang inyong pangangalaga.

Pakipunan ang isang form para sa bawat miyembrong gustong manatiling magpatingin sa kanilang kasalukuyang doktor. Kung mayroong kayong mga tanong, maaari kayong tumawag sa Pangangalaga sa Customer sa inyong ID card ng miyembro.

Impormasyon ng Subscriber

Pangalan ng Subscriber:

Address:

Lungsod:	Estado:	ZIP code:
Petsa ng kapanganakan:	ID number ng subscriber:	
Pangalan ng grupo ng employer:	Kaiser ID number (kapag naangkop):	
Numero ng telepono sa bahay:	Numero ng cell phone:	
Pangalan ng dating kumpanya ng insurance sa kalusugan:		Petsa kung kailan natapos ang saklaw:

Impormasyon ng Pasyente

Pangalan ng miyembro (kung iba kaysa sa subscriber):

Lungsod:	Estado:	ZIP code:
Petsa ng kapanganakan:	Kaugnayan sa subscriber:	
Pangalan ng dating kumpanya ng insurance sa kalusugan:		Petsa kung kailan natapos ang saklaw:

Kasalukuyan bang naospital ang miyembro? Oo o Hindi

Kung oo, pangalan ng ospital: National provider identifier (NPI):

Kasalukuyan bang tumatanggap ang miyembro ng pangangalagang pangkalusugan sa bahay o ng hospice na pangangalaga? Oo o Hindi

Kung oo, pangalan ng provider ng pangangalagang pangkalusugan sa bahay o ng provider ng hospice:

Numero ng telepono ng provider: Numero ng fax ng provider:

Lungsod: Estado: ZIP code:

Mayroon bang terminal na kondisyon ang miyembro? Oo o Hindi

Kung buntis ang miyembro, ano ang inaasahang petsa ng panganganak?

Pangalan ng ospital/pasilidad kung saan manganganak:

Numero ng telepono ng pasilidad: Numero ng fax ng pasilidad:

Impormasyon ng provider

Pangalan at apelyido ng humihiling na provider:

National provider identifier (NPI): Billing tax ID no.

Address ng provider:

Lungsod: Estado: ZIP code:

Pagkadalubhasa ng provider:

Numero ng telepono ng provider: Numero ng fax ng provider:

Kondisyong/pagsusuring ginagamot (ICD-10 code, kung available):

Paggamot ((mga) CPT code, kung available):

Orihinal na petsa ng pagsisimula sa provider: Petsa ng huling pagbisita sa tanggapan:

Dahilan:

Petsa ng susunod na appointment/paggamot:

Karagdagang impormasyon na dapat isaalang-alang

Pakilista ang anumang karagdagang impormasyon na dapat isaalang-alang, sa ibaba:

Mangyaring ipadala sa koreo o i-fax ang mga nakumpletong form sa:

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

Para sa higit pang mga tanong, mangyaring makipag-ugnayan sa Pangangalaga sa Customer:

Medi-Cal

Pangangalaga sa Customer ng Medi-Cal
(Los Angeles): 1-800-605-2556 (TTY: 711), 8:00 a.m.
hanggang 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.

Pangangalaga sa Customer ng Medi-Cal
(San Diego): 1-855-699-5557 (TTY: 711), 8:00 a.m.
hanggang 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.

Ang pagpapadala ng facsimile na ito ay maaaring maglaman ng protektado at may pribilehiyong lubos na kumpidensyal na impormasyong medikal, Impormasyong Personal at Pangkalusugan (Personal and Health Information, PHI), at/o legal na impormasyon.

Nilalayan lang ang impormasyong ito para sa paggamit ng indibidwal o grupo na pinangalanan sa itaas.

Kung hindi kayo ang nilalayong tatanggap ng materyal na ito, hindi ninyo maaaring gamitin, ilathala, talakayin, ipakalat, o kung hindi man ay ipamahagi ito. Kung hindi kayo ang nilalayong tatanggap, o kung natanggap ninyo ang pagpapadalang ito nang hindi sinasadya, mangyaring ipaalam kaagad sa nagpadala at **kumpidensyal** na sirain ang impormasyong hindi sinasadyang nai-fax sa inyo. Salamat sa inyong tulong sa pagpapanatili sa nararapat na pagkakumpidensyal.