

Mẫu yêu cầu chăm sóc liên tục

Mục đích của việc chăm sóc liên tục

Chăm sóc liên tục là việc cho phép các hội viên tiếp tục được chăm sóc khi:

- Hệ thống mà nhà cung cấp dịch vụ có tham gia hợp tác ngừng cung cấp dịch vụ
- Gần đây họ đã tham gia vào hệ thống mà nhà cung cấp dịch vụ hiện tại của họ không tham gia chương trình

Điền vào mẫu

Các hội viên có thể yêu cầu Chăm sóc Liên tục nếu họ:

- Đang điều trị một vấn đề sức khỏe lâu dài cần được chăm sóc liên tục.
 - **Bệnh lý cấp tính** là một bệnh lý khởi phát đột ngột các triệu chứng vì một chứng bệnh, thương tích hoặc vấn đề y khoa khác. Một bệnh lý cấp tính cần được chăm sóc y khoa kịp thời và có thời gian giới hạn.
 - **Tình trạng mạn tính nghiêm trọng** là một bệnh lý do một căn bệnh, chứng bệnh hoặc vấn đề y khoa nghiêm trọng khác gây ra. Tình trạng mạn tính nghiêm trọng là bệnh lý kéo dài mà không được chữa khỏi hoàn toàn hoặc trở nên trầm trọng hơn theo thời gian hoặc cần điều trị liên tục để duy trì sự thuyên giảm hoặc ngăn ngừa tình trạng xấu đi.
 - Các dịch vụ nằm trong phạm vi bảo hiểm của quý vị có thể tiếp tục trong thời gian cần thiết để hoàn thành kế hoạch điều trị hoặc để đảm bảo rằng quý vị có thể chuyển sang nhà cung cấp dịch vụ khác một cách an toàn.
- Đang mang thai, trong khi mang thai và chăm sóc sau khi mang thai
- Quý vị có con mới sinh hoặc đến 36 tháng tuổi
- Là người mẹ có vấn đề về sức khỏe tâm thần
- Mắc một căn bệnh không thể chữa khỏi và có thể dẫn đến tử vong
- Nếu quý vị có kế hoạch phẫu thuật hoặc chăm sóc khác trong vòng 180 ngày kể từ khi bắt đầu, quý vị cần phải nhận được sự chấp thuận từ chương trình trước đây hoặc nhà cung cấp dịch vụ mà họ đã chỉ định cho quý vị

Ngoại lệ

Blue Shield of California Promise Health Plan không cần phải cung cấp chăm sóc liên tục cho các dịch vụ mà chương trình bảo vệ của nhà cung cấp dịch vụ không đài thọ. Việc bảo vệ chăm sóc liên tục của nhà cung cấp dịch vụ không bao gồm các vật dụng hoặc dịch vụ này:

- Các dịch vụ bổ sung khác
- Các nhà cung cấp dịch vụ theo mong muốn

Blue Shield Promise không bắt buộc quý vị gửi yêu cầu chăm sóc liên tục cho:

- Thiết bị y tế lâu bền
- Dịch vụ chuyên chở

Quý vị hoặc người đại diện được Blue Shield Promise chấp thuận có thể điền vào biểu mẫu bên dưới nếu quý vị đang được chăm sóc hoặc được lên lịch chăm sóc. Biểu mẫu này giúp đảm bảo việc chăm sóc của quý vị không bị gián đoạn.

Vui lòng điền vào biểu mẫu cho mỗi hội viên muốn tiếp tục khám với bác sĩ hiện tại của họ. Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi số Chăm sóc Khách hàng trên thẻ ID hội viên của quý vị.

Thông tin của người đăng ký

Tên người đăng ký:

Địa chỉ:

Thành phố:	Tiểu bang:	Mã Zip:
Ngày sinh:	Số ID người đăng ký:	
Tên nhóm chủ hãng sở:	Số ID Kaiser (nếu có):	
Số điện thoại nhà riêng:	Số điện thoại di động:	
Tên công ty bảo hiểm sức khỏe trước đây:		Ngày bảo hiểm kết thúc:

Thông tin bệnh nhân

Tên hội viên (nếu khác với người đăng ký):

Thành phố:	Tiểu bang:	Mã Zip:
Ngày sinh:	Quan hệ với người đăng ký:	
Tên công ty bảo hiểm sức khỏe trước đây:		Ngày bảo hiểm kết thúc:

Hội viên hiện có đang nằm viện không? Có hoặc Không

Nếu có, tên bệnh viện: Mã định danh của nhà cung cấp dịch vụ quốc gia (NPI):

Hội viên hiện có đang được chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc chăm sóc giai đoạn cuối đời không? Có hoặc Không

Nếu có, tên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời:

Số điện thoại của nhà cung cấp dịch vụ:	Số fax của nhà cung cấp dịch vụ:	
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã Zip:
Hội viên có mắc bệnh nan y không? <input type="checkbox"/> Có hoặc <input type="checkbox"/> Không		

Nếu hội viên đang mang thai thì ngày sinh dự kiến là ngày nào?

Tên bệnh viện/cơ sở hộ sinh:

Số điện thoại của cơ sở: Số fax của cơ sở:

Thông tin về nhà cung cấp dịch vụ

Họ và tên của nhà cung cấp dịch vụ đưa ra yêu cầu:

Mã định danh của nhà cung cấp dịch vụ quốc gia (NPI): Mã số thanh toán thuế

Địa chỉ của nhà cung cấp dịch vụ:

Thành phố:	Tiểu bang:	Mã Zip:
Chuyên môn của nhà cung cấp dịch vụ:		
Số điện thoại của nhà cung cấp dịch vụ:	Số fax của nhà cung cấp dịch vụ:	

Bệnh/chẩn đoán đang được điều trị (mã ICD-10, nếu có):

Điều trị ((các) mã CPT, nếu có):

Ngày bắt đầu ban đầu với nhà cung cấp dịch vụ: Ngày đến khám tại phòng khám gần đây nhất:

Lý do:

Ngày hẹn/điều trị tiếp theo:

Thông tin bổ sung cần được xem xét

Vui lòng liệt kê mọi thông tin bổ sung cần được xem xét dưới đây:

Vui lòng gửi qua bưu điện hoặc fax các mẫu đơn đã điền tới:

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

Mọi thắc mắc vui lòng liên hệ bộ phận Chăm sóc Khách hàng:

Medi-Cal

Chăm sóc Khách hàng Medi-Cal (Los Angeles):
1-800-605-2556 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều,
thứ Hai đến thứ Sáu.

Chăm sóc Khách hàng Medi-Cal (San Diego):
1-855-699-5557 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều,
thứ Hai đến thứ Sáu.

Việc truyền fax này có thể chứa thông tin sức khỏe được bảo vệ và có đặc quyền, thông tin y tế cần được bảo mật cao, thông tin sức khỏe và cá nhân (PHI) và/hoặc thông tin pháp lý.

Thông tin chỉ nhằm mục đích sử dụng cho cá nhân hoặc tổ chức có tên ở trên.

Nếu quý vị không phải là người nhận tài liệu này, quý vị không được sử dụng, xuất bản, thảo luận, truyền bá hoặc phân phối theo các cách thức khác. Nếu quý vị không phải là người nhận theo dự định hoặc nếu quý vị nhận được thông tin này do nhầm lẫn, vui lòng thông báo ngay cho người gửi và hủy thông tin nhận được qua fax do nhầm lẫn **theo cách bảo mật**. Cảm ơn quý vị đã giúp duy trì bảo mật thích hợp.