

持續護理申請表

持續護理是一個過程，針對更改計劃的會員或計劃提供者已從參與的網絡中退出的會員，他們將繼續接受持續護理。承保範圍取決於您的計劃的條款和條件。

如果您符合某些標準，您可能就有資格繼續接受當前醫生的治療。查看 Blue Shield 的持續護理手冊，請訪問 blueshieldca.com/forms。

您還可以查看以下資訊，查詢您是否符合資格。如果您需要幫助，請致電您的 Blue Shield 會員 ID 卡上的會員服務號碼。

介紹：

查看本表格的第 1 部分，其中概述了如何獲得持續護理服務的資格。請注意：這取決於資格以及您的計劃的條款和條件。

填寫本表格的第 2 部分，其中要求提供以下資訊：會員正在接受的治療和參與會員護理的提供者。

附上要求的治療文檔以**完成第 3 部分**：

- 與會員提供者的首次協商記錄
- 會員提供者的最後三次進展說明
- 會員的治療計劃

查看第 4 部分，包括認證和授權框

第 1 部分——符合條件的醫療疾病：

根據計劃條款和條件，會員可能有資格獲得某些服務的持續護理，例如：

- 住院護理
- 末期疾病治療
- 針對急性醫療疾病、心理健康或藥物使用障礙（包括孕產婦心理健康疾病）的積極療程
- 治療嚴重和複雜的疾病，或作為治療嚴重慢性病的積極療程的一部分
- 懷孕護理，無論是孕期還是產後護理
- 照護 36 個月以下的新生兒
- 預先安排的非選擇性手術

第 2 部分——有關當前治療和提供者的資訊

患者資訊

姓名：	投保人 ID：	
地址：		
城市：	州：	郵遞編碼：
出生日期：	與投保人關係：	
主要電話號碼：	次要電話號碼：	
您的雇主是否正在變更您的健康計劃？ <input type="checkbox"/> 是 或 <input type="checkbox"/> 否		
以前的健康保險公司 (如適用)：		
Kaiser 醫療記錄編號 (如適用)：		
保險終止日期：	以前的健康計劃是否仍有提供？ <input type="checkbox"/> 是 或 <input type="checkbox"/> 否	
新健康計劃的名稱：		
新健康計劃的生效日期：		

患者醫療資訊

若懷孕，預產期是哪一天？		
分娩醫院/設施名稱：	OB/GYN (婦產科醫師) 姓名：	
會員目前是否住院？ <input type="checkbox"/> 是 或 <input type="checkbox"/> 否	醫院名稱：	
會員目前是否正在接受家庭保健治療或善終服務？ <input type="checkbox"/> 是 或 <input type="checkbox"/> 否		
家庭保健提供者或善終服務提供者的名稱：		
家庭保健提供者或善終服務提供者的納稅識別號：		
電話號碼：	傳真號碼：	
會員是否患有末期病症？		
需要考慮的其他資訊		
請列出需要考慮的任何其他資訊：		

提供者資訊 1

申請提供者的名字和姓氏：		
國家提供者標識符 (NPI)：	帳單納稅識別號	
地址：		
城市：	州：	郵遞編碼：
電話號碼：	傳真號碼：	
提供者專科：		
獲得治療的病症/診斷 (ICD-10 代碼，如果有)：		
治療 (CPT 代碼，如果有)：		
使用提供者的原始起始日期：		
最後一次診所看診/治療：		
下次預約/治療日期：		

提供者資訊 2

申請提供者的名字和姓氏：

國家提供者標識符 (NPI)：

帳單納稅識別號

地址：

城市：

州：

郵遞編碼：

電話號碼：

傳真號碼：

提供者專科：

獲得治療的病症/診斷 (ICD-10 代碼, 如果有)：

治療 (CPT 代碼, 如果有)：

使用提供者的原始起始日期：

最後一次診所看診/治療：

下次預約/治療日期：

提供者資訊 3

申請提供者的名字和姓氏：

國家提供者標識符 (NPI)：

帳單納稅識別號

地址：

城市：

州：

郵遞編碼：

電話號碼：

傳真號碼：

提供者專科：

獲得治療的病症/診斷 (ICD-10 代碼, 如果有)：

治療 (CPT 代碼, 如果有)：

使用提供者的原始起始日期：

最後一次診所看診/治療：

下次預約/治療日期：

設施資訊 (包括實際地址)

申請提供者的名字和姓氏：

國家提供者標識符 (NPI)：

帳單納稅識別號

地址：

城市：

州：

郵遞編碼：

電話號碼：

傳真號碼：

提供者專科：

獲得治療的病症/診斷 (ICD-10 代碼, 如果有)：

治療 (CPT 代碼, 如果有)：

第 3 部分——請附上每個提供者的以下文件

- 治療服務提供者的首次諮詢報告
- 當前的治療計劃
- 最後三份進展報告

第 4 部分——審核

請注意：Blue Shield 只有在收到治療提供者簽署的以下協議後才能批准持續護理服務：

- 1) 接受 Blue Shield 的標準參與服務提供者簽約費率
- 2) 僅收取 Blue Shield 會員的標準共付額/共同保險金額
- 3) 不會向 Blue Shield 開出因財務分歧而產生的任何金額的差額負擔

會員證明、授權書和簽名

本人特此聲明，據本人所知所信，此表格及所有隨附文件均準確、無誤且完整。本人在此授權醫師、保健設施和其他保健提供者、保險公司、醫院或醫療服務計劃將此患者的所有疾病相關資訊提供給 Blue Shield 或其代理人或員工。本資訊用以評估和處理此申請。

響應會員姓名：

會員簽名

簽名日期

我們可以聯絡到會員的電話號碼：

透過郵件返回此表格至：
Blue Shield of California
Attn: Continuity of Care Team
P.O. Box 629005
El Dorado Hills, CA 95762

透過傳真發送此表格：
(855) 895-3506

此傳真電報可能含有受保護且重要的高度機密醫療資訊、個人及健康資訊 (PHI) 和/或法律資訊。本資訊僅供上述署名個人或實體使用。

如果您不是本材料的指定接收人，則您不可使用、發行、討論、傳播或發佈本材料。如果您不是指定接收人，或您誤收此資訊，請立即通知發件人，並**私下**銷毀此被錯誤傳真的資訊。

感謝您協助我們保密。

修訂日期：2022 年 12 月

生效：2022 年 1 月