

# Форма запроса касательно обеспечения непрерывности медицинского обслуживания

---

## Цель непрерывности медицинского обслуживания

Целью непрерывности медицинского обслуживания является обеспечение непрерывного медицинского обслуживания участников плана страхования в следующих случаях:

- Когда сеть, с которой работает участвующий в плане поставщик услуг, прекращает предоставлять услуги
- Когда участник плана страхования недавно присоединился к сети, в которой его текущий поставщик услуг не является участником

## Заполнение формы

Участники могут запросить обеспечение непрерывности медицинского обслуживания в следующих случаях:

- Когда они получают лечение по поводу длительного нарушения состояния здоровья, в отношении которого требуется постоянное медицинское обслуживание.
  - **Острое медицинское состояние** — это состояние здоровья, при котором симптомы возникают внезапно вследствие заболевания, травмы или другого нарушения состояния здоровья. Острое медицинское состояние требует немедленного медицинского вмешательства и отличается ограниченным периодом течения.
  - **Серьезное хроническое состояние** — это состояние здоровья, вызванное заболеванием, болезнью или другим нарушением состояния здоровья, имеющим серьезный характер. Серьезное хроническое состояние — это такое состояние, которое не прекращается и не поддается полному излечению, ухудшается с течением времени или требует постоянного лечения, чтобы обеспечить ремиссию или избежать ухудшения.
  - Услуги, включенные в страховое покрытие, могут предоставляться до тех пор, пока не будет выполнен план лечения или пока не будет подтверждено, что вы можете безопасно перейти к другому поставщику услуг.
- Когда они забеременели, в период беременности и когда они получают уход после беременности.
- Когда у них есть новорожденный ребенок или ребенок в возрасте до 36 месяцев.
- Когда они испытывают послеродовые проблемы с психическим здоровьем.
- Когда у них имеется заболевание, которое не поддается лечению и может привести к смерти.
- Если у участника запланирована операция или другое лечение в течение 180 дней после начала действия плана, участнику необходимо получить разрешение от предыдущего плана или назначенного поставщика услуг.

## Исключения

План медицинского страхования Blue Shield of California Promise Health Plan не обязан обеспечивать непрерывность медицинского обслуживания в отношении услуг, которые не покрывает программа защиты поставщика. Программа защиты непрерывности медицинского обслуживания поставщика не включает в себя следующие товары и услуги:

- Другие дополнительные услуги
- Услуги поставщиков, выделенные в отдельный план страхования

План медицинского страхования Blue Shield Promise не требует от вас подавать запрос касательно обеспечения непрерывности медицинского обслуживания в отношении следующих аспектов:

- Медицинское оборудование длительного пользования
- Смена плана

Вы или ваш уполномоченный представитель плана Blue Shield Promise можете заполнить приведенную ниже форму, если вы получаете медицинское обслуживание или планируете его получать. Данная форма позволяет обеспечить непрерывность медицинского обслуживания.

Заполните форму для каждого участника, который хотел бы продолжать наблюдаться у своего текущего врача. При возникновении вопросов звоните по номеру отдела по работе с клиентами, указанному на вашей идентификационной карточке участника.

## Информация о страхователе

Имя и фамилия страхователя:

Адрес:

Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Дата рождения:	Номер страхователя:	
Название группы работодателя:	Идентификационный номер Kaiser (если применимо):	
Домашний телефон:	Мобильный телефон:	
Название предыдущей компании медицинского страхования:	Дата окончания действия покрытия:	

## Информация о пациенте

Имя и фамилия участника (если отличается от имени и фамилии страхователя):

Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Дата рождения:	Кем приходится страхователю:	
Название предыдущей компании медицинского страхования:	Дата окончания действия покрытия:	

Госпитализирован ли участник в настоящее время?  Да или  Нет

Если ответ «Да», укажите название больницы: Код в едином государственном реестре поставщиков медицинских услуг (NPI):

Получает ли участник в настоящее время медицинскую помощь на дому или хосписный уход?  Да или  Нет

Если ответ «Да», укажите название поставщика медицинских услуг или поставщика услуг по хосписному уходу:

Номер телефона поставщика услуг:	Номер факса поставщика услуг:	
Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Находится ли участник в терминальной стадии заболевания? <input type="checkbox"/> Да или <input type="checkbox"/> Нет		
Если участница беременна, укажите ожидаемую дату родов.		
Название больницы или медучреждения, в котором принимают роды:		
Телефон медучреждения:	Факс медучреждения:	

## Информация о поставщике услуг

Имя и фамилия поставщика услуг, подающего запрос:

Код в едином государственном реестре поставщиков медицинских услуг (NPI): Регистрационный номер налогоплательщика при расчетах:

Адрес поставщика услуг:

Город: Штат: Почтовый индекс:

Специализация поставщика услуг:

Номер телефона поставщика услуг: Номер факса поставщика услуг:

Состояние или диагноз, в отношении которых проводится лечение (код по ICD-10, если есть):

Лечение (коды CPT, если есть):

Исходная дата начала получения услуг у поставщика услуг: Дата последнего посещения:

Причина:

Дата следующего приема или лечения:

## Дополнительная информация, которую следует принять во внимание

Приведите ниже любую дополнительную информацию, которую необходимо принять во внимание:

---

Заполненные формы отправьте по почте или факсу:

Blue Shield Promise Health Plan  
PO Box 629005  
El Dorado Hills, CA 95762- 9007  
(855) 895-3506

С дополнительными вопросами обращайтесь в отдел по работе с клиентами:

### Medi-Cal

Отдел по работе с клиентами программы  
Medi-Cal (Лос-Анджелес):  
1-800-605-2556 (линия ТТУ: 711) с 8:00 a.m.  
до 6:00 p.m. с понедельника по пятницу.

Отдел по работе с клиентами программы  
Medi-Cal (Сан-Диего):  
1-855-699-5557 (линия ТТУ: 711) с 8:00 a.m.  
до 6:00 p.m. с понедельника по пятницу.

---

Информация, передаваемая таким образом по факсу, может содержать защищенную, не подлежащую разглашению и строго конфиденциальную медицинскую информацию, персональные данные и информацию о состоянии здоровья и (или) юридическую информацию.

Данная информация предназначена только для использования физическим или юридическим лицом, указанным выше.

Если вы не являетесь предполагаемым получателем данной информации, вы не имеете права использовать, публиковать, обсуждать, распространять или иным образом передавать ее. Если вы не являетесь предполагаемым получателем данной информации или получили ее по ошибке, немедленно сообщите об этом отправителю и уничтожьте с **соблюдением конфиденциальности** информацию, которая была отправлена по факсу по ошибке. Благодарим вас за содействие в обеспечении надлежащей конфиденциальности.