

持续护理是一项允许会员在特定情况下继续接受原服务提供者护理的流程，例如，其雇主变更计划，其服务提供者已退出参与服务提供者网络，或其健康保险计划退出市场。承保范围取决于您计划的条款和条件以及您正在接受治疗的疾病。

如果您符合某些标准，您可能就有资格继续接受当前医生的治疗。请访问 blueshieldca.com/forms，以查看 Blue Shield of California 的持续护理手册。

您还可以查看以下信息，查询您是否符合资格。如需帮助，请拨打本表格第 3 页所列的客户服务部电话。

说明：

查看本表格的第 1 部分，其中概述了如何获得持续护理服务的资格。

注意：这取决于资格以及您计划的条款和条件。

填写本表格的第 2 部分，其中要求提供以下信息：会员正在接受的治疗和参与会员护理的服务提供者。

请附上要求的治疗文件以完成第 3 部分：

- 会员的服务提供者提供的最新进展说明；及
- 会员的治疗方案（若单独存在）

查看第 4 部分，包括认证和授权部分。

第 1 部分——符合条件的医疗疾病：

根据您的计划，若存在以下情况，您可能有资格继续接受当前服务提供者的治疗（具体时间限制有所不同）：

- 罹患末期疾病
- 处于针对急性医疗疾病、心理健康或药物使用障碍、或孕产妇心理健康疾病的积极治疗阶段
- 患有严重和复杂的疾病，或处于针对严重慢性病的积极治疗阶段
- 怀孕护理，无论是孕期还是产后护理
- 36 月龄以下的新生儿护理
- 经计划事先授权、且由服务提供者建议并记录在治疗方案中，需在服务提供者退出或新 Blue Shield 保险生效后 180 天内实施的手术或其他治疗程序
- 正处于机构护理或住院治疗阶段

第 2 部分——有关当前治疗和服务提供者的信息

请勾选一个方框： 医疗 行为健康（心理健康/药物滥用）

患者信息

姓名：	投保人 ID：	
地址：		
城市：	州：	邮政编码：
出生日期：	与投保人的关系：	
主要电话号码：	次要电话号码：	
您的雇主是否正在变更您的健康计划？ <input type="checkbox"/> 是或 <input type="checkbox"/> 否		
之前的健康保险公司（如适用）：		
Kaiser 医疗记录编号（如适用）：	CalPERS 会员： <input type="checkbox"/> 是或 <input type="checkbox"/> 否	
保险结束日期：	之前的健康计划是否仍有提供？ <input type="checkbox"/> 是或 <input type="checkbox"/> 否	

患者医疗信息

如已怀孕，预产期是什么时候？	
接生医院/设施名称：	妇产科医生姓名：
会员目前是否住院？ <input type="checkbox"/> 是或 <input type="checkbox"/> 否	医院名称：
会员是否患有末期病症？	

需要考虑的其他信息

请列出需要考虑的任何其他信息：

服务提供者信息

申请服务提供者的名字和姓氏：		
全国提供者识别号码 (NPI)：	账单纳税识别号：	
地址：		
城市：	州：	邮政编码：
电话号码：	传真号码：	
服务提供者专科：		
获得治疗的病症/诊断 (ICD-10 代码，如有)：		
已安排的治疗（当前程序术语 (CPT) 代码，如有)：		
上次诊所看诊/治疗的日期：		
下次预约/治疗的日期：		

机构信息（包括具体地址）

机构名称：		
国家医疗服务提供者识别码 (NPI)：	账单纳税识别号：	
地址：		
城市：	州：	邮政编码：
电话号码：	传真号码：	
正在治疗的疾病/诊断 (ICD-10 代码，如有)：		
治疗 CPT 代码，如有：		

第 3 部分——请附上每个服务提供者的以下文件

- 会员的服务提供者提供的最新进展说明；及
- 会员的治疗方案（若单独存在）

第 4 部分——审核

请注意：

- 1) 如果您的服务提供者不同意继续提供服务，则可能无法提供持续护理服务。
- 2) 当您接受持续护理服务时，服务提供者只能收取适用于首选服务提供者的标准费用分摊（共付额/共同保险）。服务提供者不得就超出 Blue Shield 允许金额的任何费用向您开立差额账单。

会员认证与授权

Blue Shield 将基于以下认知处理持续护理申请：本表格中的所有陈述及所有随附文件均真实、准确，且据您所知所信完成填报。会员特此确认，医生、医疗保健设施、及其他医疗保健服务提供者、保险公司、医院或医疗服务计划可能将此患者在任何时候收到的所有疾病相关信息提供给 Blue Shield 或其代理人或员工。

为了保护您的利益，加州法律要求此表格中必须填写以下内容：任何人故意提供虚假或欺诈性信息以获取或修改保险范围或索赔损失均属犯罪，并可能被处以罚款和监禁。

填表会员的姓名：

我们可以联络到会员的电话号码：

医疗申请

通过邮件交回此表格：
Blue Shield of California
Attn: Continuity of
Care Team
P. O. Box 272580
Chico, CA 95927-2580

通过传真发送此表格：(855) 895-3506

会员亦可致电客户服务部，通过电话协助完成表格填写。客户服务部电话号码可在 Blue Shield 会员 ID 卡背面找到，个人和家庭计划请拨打 **(800) 443-5005**，Medicare 计划请拨打 **(800) 393-6130**。这些电话号码也可以在网上找到，网址：blueshieldca.com。

行为健康申请 (心理健康/ 药物滥用)

通过邮件交回此表格：
Blue Shield of California
Attn: BH Continuity of
Care Team
P. O. Box 272580
Chico, CA 95927-2580

通过传真发送此表格：(844) 742-1153

会员也可以致电客户服务部，电话：**(800) 308-9078**。此电话号码也可在网上找到，网址：blueshieldca.com。

此传真电报可能含有受保护且重要的高度机密医疗信息、个人及健康信息 (PHI) 和/或法律信息。本信息仅供上述署名个人或实体使用。

如果您不是本材料的指定接收人，则您不可使用、发布、讨论、传播或以其他方式分发本材料。如果您不是指定接收人，或您误收此信息，请立即通知发件人，并**私下**销毁此被错误传真的信息。

感谢您协助我们保密。

生效日期：2025 年 10 月