

持续护理是允许为变更计划的会员提供持续护理的过程。当计划或服务提供者已从参与提供者网络中退出时，这同样适用。承保范围取决于您计划的条款和条件。

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。如欲查看 Blue Shield 的持续护理手册，请访问 blueshieldca.com/forms。

您还可以查看以下信息，查询您是否符合资格。如果您需要帮助，请拨打 Blue Shield 会员 ID 卡上的客户服务部电话。

如需心理健康服务，请拨打 Blue Shield 会员 ID 卡上的心理健康客户服务部电话，联系我们的心理健康服务管理者。

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，包括认证和授权框

第 1 部分——符合条件的医疗疾病：

根据本计划，会员可能有资格获得某些服务的持续护理，例如：

- 自合同终止日期或新参保人的保险生效日起可能超过 12 个月的末期疾病治疗。
- 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疗程。该等疾病必须在有限时间内立即就医，之后护理工作可移交给合约服务提供者。
- 治疗严重和复杂的疾病，或作为治疗严重慢性病的积极疗程的一部分。
- 怀孕护理，无论是孕期还是产后护理
- 36 个月以下的新生儿护理。
- 医生先前建议并记录在案的手术或其他治疗。该手术必须在您的医生或医院退出您的健康计划后的 180 天内进行，且需获得 Blue Shield 的授权。
- 住院护理（根据 Consolidated Appropriation Act (CAA, 《综合拨款法案》) 的第 113 条联邦持续护理条款确定）

第 2 部分——有关当前治疗和服务提供者的信息

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？ ☐ 是或 ☐ 否		
以前的健康保险公司（如适用）：		
Kaiser 医疗记录编号（如适用）：	CalPERS 会员： ☐ 是或 ☐ 否	
保险结束日期：	以前的健康计划是否仍有提供？ ☐ 是或 ☐ 否	
新健康计划的名称：		
新健康计划生效日期：		

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？ ☐ 是或 ☐ 否	医院名称：
会员目前是否正在接受家庭保健治疗或善终服务？ ☐ 是或 ☐ 否	
家庭保健提供者或善终服务提供者名称：	
家庭保健提供者或善终服务提供者纳税识别号：	
电话号码：	传真号码：
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：		
National Provider Identifier (NPI, 国家提供者标识符)：	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, 如果有)：		
治疗 (Current Procedural Terminology (CPT, 当前程序术语) 代码, 如有)：		
使用服务提供者的原始起始日期：		
最后一次诊所看诊/治疗：		
下次预约/治疗日期：		

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：Blue Shield 只有在收到治疗服务提供者签署的以下协议后才能批准持续护理服务：

- 1) 接受 Blue Shield 的标准参与服务提供者签约费率
- 2) 仅收取 Blue Shield 会员的标准共付额/共同保险金额
- 3) 不会向 Blue Shield 开出因财务分歧而产生的任何金额的余额账单

会员证明、授权书和签名

本人特此声明，据本人所知所信，此表格及所有随附文件均准确、无误且完整。本人在此授权医师、保健机构和其他保健服务提供者、保险公司、医院或医疗服务计划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。

响应会员姓名：

会员签名

我们可以联络到会员的电话号码：

签名日期

通过邮件交回此表格：

Blue Shield of California
Attn: Continuity of Care Team
P.O. Box 629005
El Dorado Hills, CA 95762

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 blueshieldca.com 在线找到。

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、发行、讨论、传播或发布本材料。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：2024 年 10 月