

## Mẫu đơn Yêu cầu Chăm sóc Liên tục

---

Chăm sóc liên tục là quy trình cho phép tiếp tục chăm sóc cho các thành viên thay đổi chương trình, hoặc (các) chương trình hoặc nhà cung cấp dịch vụ của họ đã bị chấm dứt khỏi mạng lưới nhà cung cấp tham gia. Phạm vi bảo hiểm phụ thuộc vào các điều khoản và điều kiện trong chương trình của quý vị.

Nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện để tiếp tục điều trị với bác sĩ hiện tại của mình. Vui lòng xem lại tài liệu về Chăm sóc Liên tục của Blue Shield tại [blueshieldca.com/forms](https://blueshieldca.com/forms).

Quý vị cũng có thể xem lại thông tin bên dưới để xem mình có đủ điều kiện hay không. Nếu quý vị cần hỗ trợ, vui lòng gọi số Dịch vụ Thành viên trên thẻ ID thành viên Blue Shield.

### Hướng dẫn:

**Xem lại Phần 1** của mẫu đơn này, đây là phần tổng quan về cách đủ điều kiện nhận các dịch vụ chăm sóc liên tục. Xin lưu ý: Điều này tùy thuộc vào tính đủ điều kiện và các điều khoản, điều kiện trong chương trình của quý vị.

**Hoàn thành Phần 2** của mẫu đơn này, trong đó yêu cầu thông tin về cách điều trị mà thành viên đang trải qua và (các) nhà cung cấp liên quan đến việc chăm sóc thành viên.

**Hoàn thành Phần 3** bằng cách đính kèm tài liệu điều trị được yêu cầu:

- ghi chú từ cuộc tư vấn ban đầu với (các) nhà cung cấp của thành viên
- ba ghi chú tiến độ cuối cùng từ (các) nhà cung cấp của thành viên
- kế hoạch điều trị của thành viên

**Xem lại Phần 4**, bao gồm cả ô chứng nhận và ủy quyền

### Phần 1 – Tình trạng y tế đủ điều kiện:

Tùy thuộc vào các điều khoản và điều kiện của chương trình, các thành viên có thể đủ điều kiện để được chăm sóc liên tục đối với một số dịch vụ nhất định, chẳng hạn như:

- chăm sóc nội trú
- điều trị bệnh giai đoạn cuối
- quá trình điều trị tích cực cho tình trạng y tế cấp tính hoặc sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn sử dụng chất kích thích, bao gồm cả tình trạng sức khỏe tâm thần của bà mẹ
- điều trị cho tình trạng nghiêm trọng và phức tạp, hoặc là một phần của quá trình điều trị tích cực cho tình trạng mãn tính nghiêm trọng
- chăm sóc thai kỳ, bao gồm cả chăm sóc trong các kỳ ba tháng và chăm sóc sau sinh
- chăm sóc trẻ từ sơ sinh đến 36 tháng tuổi
- phẫu thuật không tự chọn theo lịch

## Phần 2 – Thông tin về các phương pháp điều trị và nhà cung cấp hiện tại

### Thông tin Bệnh nhân

Tên:	ID Người đăng ký:	
Địa chỉ:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
Ngày sinh:	Mối quan hệ với Người đăng ký:	
Số điện thoại chính:	Số điện thoại phụ:	
Chủ lao động của quý vị có thay đổi chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có hoặc <input type="checkbox"/> Không		
Công ty bảo hiểm sức khỏe trước đây (nếu có):		

Số hồ sơ y tế của Kaiser (nếu có):

Ngày bảo hiểm kết thúc:	Chương trình bảo hiểm sức khỏe trước đây có còn được cung cấp không? <input type="checkbox"/> Có hoặc <input type="checkbox"/> Không
-------------------------	--

Tên của chương trình bảo hiểm sức khỏe mới:

Ngày có hiệu lực của chương trình bảo hiểm sức khỏe mới:

### Thông tin Y tế Bệnh nhân

Nếu mang thai, ngày dự sinh là ngày bao nhiêu?

Tên của bệnh viện/cơ sở phụ sản: Tên của OB/GYN (Khoan sản/Phụ khoa):

Thành viên hiện đang nằm viện?  Có hoặc  Không Tên bệnh viện:

Thành viên hiện có đang được chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc tại viện điều dưỡng không?  Có hoặc  Không

Tên của nhà cung cấp dịch vụ Chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc Viện điều dưỡng:

ID thuế của nhà cung cấp dịch vụ Chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc Viện điều dưỡng:

Số điện thoại: Số fax:

Thành viên có mắc bệnh ở giai đoạn cuối hay không?

### Thông tin bổ sung cần được xem xét

Xin vui lòng liệt kê bất kỳ thông tin bổ sung nào cần được xem xét:

### Thông tin Nhà cung cấp 1

Họ và tên Nhà cung cấp được yêu cầu:

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

Địa chỉ:

Thành phố: Tiểu bang: Mã ZIP:

Số điện thoại: Số fax:

Chuyên môn của Nhà cung cấp:

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

Điều trị ((các) mã CPT, nếu có):

Ngày bắt đầu đầu tiên với Nhà cung cấp:

Ngày cuối cùng khám/điều trị tại văn phòng:

Ngày hẹn khám/điều trị tiếp theo:

## Thông tin Nhà cung cấp 2

Họ và tên Nhà cung cấp được yêu cầu:

Mã định danh nhà cung cấp quốc gia (NPI):

Mã số thuế thanh toán

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Số điện thoại:

Số fax:

Chuyên môn của Nhà cung cấp:

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

Điều trị ((các) mã CPT, nếu có):

Ngày bắt đầu đầu tiên với Nhà cung cấp:

Ngày cuối cùng khám/điều trị tại văn phòng:

Ngày hẹn khám/điều trị tiếp theo:

## Thông tin Nhà cung cấp 3

Họ và tên Nhà cung cấp được yêu cầu:

Mã định danh nhà cung cấp quốc gia (NPI):

Mã số thuế thanh toán

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Số điện thoại:

Số fax:

Chuyên môn của Nhà cung cấp:

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

Điều trị ((các) mã CPT, nếu có):

Ngày bắt đầu đầu tiên với Nhà cung cấp:

Ngày cuối cùng khám/điều trị tại văn phòng:

Ngày hẹn khám/điều trị tiếp theo:

## Thông tin Cơ sở (bao gồm địa chỉ)

Họ và tên Nhà cung cấp được yêu cầu:

Mã định danh nhà cung cấp quốc gia (NPI):

Mã số thuế thanh toán

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Số điện thoại:

Số fax:

Chuyên môn của Nhà cung cấp:

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

Điều trị ((các) mã CPT, nếu có):

### Phần 3 – Vui lòng đính kèm các tài liệu sau cho từng nhà cung cấp

- Báo cáo tham vấn sơ bộ từ (các) nhà cung cấp dịch vụ điều trị
- Kế hoạch điều trị hiện tại
- 3 hồ sơ ghi chép tiến triển gần nhất

### Phần 4 – Đánh giá

Xin lưu ý: Blue Shield chỉ có thể phê duyệt các dịch vụ Chăm sóc Liên tục khi nhận được thỏa thuận đã ký của nhà cung cấp dịch vụ điều trị về việc:

- 1) chấp nhận mức giá tiêu chuẩn theo hợp đồng đã ký kết với nhà cung cấp tham gia mạng lưới của Blue Shield
- 2) chỉ thu các khoản đồng chi trả/đồng bảo hiểm từ thành viên của Blue Shield
- 3) không ghi hóa đơn số dư cho thành viên của Blue Shield đối với mọi khoản tiền phát sinh từ các bất đồng về tài chính

### Xác nhận, Ủy quyền và Chữ ký của Thành viên

Theo hiểu biết và sự tin tưởng của mình, tôi xác nhận rằng tất cả lời khai trên đây và tất cả tài liệu đi kèm là đúng, chính xác và đầy đủ. Bằng văn bản này, tôi ủy quyền cho bác sĩ, cơ sở chăm sóc y tế và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế khác, hãng bảo hiểm, bệnh viện hoặc chương trình dịch vụ y tế cung cấp cho Blue Shield, hoặc các đại lý hoặc nhân viên của Blue Shield tất cả thông tin liên quan đến bệnh tật mà bệnh nhân này đã được nhận vào bất kỳ thời điểm nào. Thông tin này được thu thập để đánh giá và xử lý yêu cầu này.

Tên của thành viên trả lời:

Chữ ký của thành viên

Ngày ký

Số điện thoại mà chúng tôi có thể liên hệ với thành viên:

**Gửi lại mẫu đơn này qua đường bưu điện tới địa chỉ:**  
**Blue Shield of California**  
**Attn: Continuity of Care Team**  
**P.O. Box 629005**  
**El Dorado Hills, CA 95762**

**Gửi mẫu đơn này qua đường fax tới:**  
**(855) 895-3506**

Việc gửi fax có thể bao gồm các thông tin y tế tuyệt mật, được bảo vệ và ưu tiên, Thông tin Cá nhân hoặc Thông tin Sức khỏe (PHI) và/hoặc thông tin pháp lý. Các thông tin chỉ nhằm mục đích sử dụng của cá nhân hay tổ chức có tên ở trên.

Nếu quý vị không phải là người chỉ định nhận tài liệu này, quý vị không được phép sử dụng, xuất bản, thảo luận, phổ biến, hoặc phân phối tài liệu này. Nếu quý vị không phải là người nhận chỉ định hoặc nếu quý vị nhận được tài liệu này do sai sót, xin vui lòng thông báo cho người gửi ngay lập tức và **bí mật** hủy bỏ các thông tin gửi nhầm qua fax.

Cảm ơn sự giúp đỡ của quý vị trong việc duy trì tính bảo mật thích hợp.

Đã sửa đổi: 12/2022

Có hiệu lực: 01/2022