

由非計劃提供者提供的持續護理

如何申請持續護理

維持醫患關係非常重要。當主診醫師(PCP)或專科醫師從醫療團隊辭職或離職，計劃將會以書面形式通知會員，以幫助該會員將護理轉至其他醫療團隊醫師處。如果計劃與提供者團隊或急症護理醫院之間的合約終止，則計劃亦會通知受影響的會員。與 CCHP 聯絡進而向已退出提供者申請持續護理的會員將會收到由會員服務中心發送的持續護理申請包。該申請包內含有一份持續護理申請書。會員必須在下列日期起計的 30 個歷日內（但若有正當理由，此 30 日期限可予以例外處理）向醫療費使用審核／護理管理部（Utilization Review/Care Management Department，收件人：UM 主管）提交一份持續護理申請書及相關文件：

- 已退出提供者的退出生效日期，或
- 新加入會員獲計劃承保的生效日期。

醫療費使用審核是監督一整套整合組件使用情況的流程，包括：預認證審核、入院審核、繼續住院審核、回顧性審核、出院計劃及判斷醫療必要性所需的個別醫療案例管理。

已退出提供者

如果當我們與計劃醫院或計劃醫師（或某些其他提供者）之合約（因除醫療處分因由或犯罪活動以外的原因）終止時，您正因「合資格」下所列某一種情況而接受由該提供者提供的承保服務，您可能合資格就該已退出提供者之服務獲得有限承保。

獲得持續護理服務的資格

受本持續護理（完成）服務條文所規限的情況包括：

- 急症，即因疾病、受傷或其他醫療問題而突然發作症狀、需要立即就醫且持續時間有限的病症。我們可就該急症結束之前的該等服務提供承保。
- 嚴重慢性疾病，不超過提供者退出日期起計的 12 個月。
- 嚴重慢性疾病是指符合下列某一項的嚴重疾病或其他病症：
 - 持續存在且無法完全治癒
 - 隨時間發生惡化
 - 需要持續治療以保持緩解或預防惡化
- 妊娠及即時產後護理。我們可能會就整個妊娠及即時產後護理期間的該等服務提供承保
- 末期絕症，即極有可能在一年或更短時間內致死的無法治癒的疾病或不治之症。我們可就整個疾病期間的完整服務提供承保
- 兒童（0-36 月齡）護理，不超過提供者退出日期起計的 12 個月
- 獲授權手術或其他程序，如按照安排，則在提供者退出日期起計的 180 日內。

任何年齡人士罹患的嚴重『精神健康』疾病及／或未滿 18 歲會員的嚴重情緒困擾（定義見下文精神健康護理部分），或以其他方式滿足以上任一標準的精神健康、藥物濫用／藥物依賴、心理或精神紊亂、疾病或病症。

若要合資格獲得完整服務的承保，必須滿足下列所有要求：

- 您的健康計劃保險自您接受服務之日起生效
- 對於新會員，您先前計劃對提供者服務的承保已經結束或將會於您在我們處之保險生效之時結束
- 如果您是新會員，在您保險生效之日，您正因上述某一情況而接受非計劃提供者提供的服務，或在提供者退出之日，您正因上述某一情況而接受已退出的計劃提供者提供的服務

如果已退出提供者並不同意遵守施加於當前締約提供者之計劃的合約條款及條件，則我們不會批准對持續護理服務的申請。擬提供予您的服務，如由計劃提供者提供，則屬於合併承保證書及披露書(Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form)下的承保服務。

共付額及年度供款

如需了解服務完成情況及會員共付額，請參見合併承保證書及披露書的「福利及保險介紹」(Description of Benefits and Coverage)部分的 CCHP 費率。

關於某些重新加入之健康護理提供者的通知

某些 CCHP 締約醫院及其他提供者可能並不提供可能涵蓋在您計劃合約下，且您或您參與計劃之家屬可能需要的一項或多項下列服務：計劃生育；避孕服務，包括緊急避孕；絕育，包括生產及分娩時的輸卵管結紮；或流產。您應在參與計劃之前獲得更多資訊。請致電您的潛在 CCHP 醫生，或致電 CCHP 的會員服務部（電話：415-834-2118），以確保獲得所需的健康護理服務。

與計劃提供者締約及報酬

CCHP 及計劃提供者均為獨立承辦商。CCHP 提供者可透過多種方式（包括按人、按每日費率、按個案率及按服務）獲得報酬。如果您想要獲得進一步資訊，以了解 CCHP 提供者如何就為會員提供或安排醫療及住院護理獲得報酬，請致電我們的會員服務中心，索取我們提供者獲得報酬方式的書面介紹。

會員或參與者的付款責任

我們與計劃提供者之間的合約規定，您並無責任支付我們所欠付的任何款項。但是，您可能有責任支付您從計劃提供者或非計劃提供者處獲得之非承保服務的費用。

CONTINUITY OF CARE REQUEST FORM

Member Name: _____ Date of Birth: _____

Member ID #: _____ Subscriber Name & ID #: _____

Address: _____

Cell Phone: () _____ Home/Work Phone: () _____

Preferred Phone Number to call from 8am to 5pm: Cell Home Work

Primary Care Physician: _____ PCP Phone: () _____

Current Diagnosis (List all that apply): _____

Reason for Requesting Continuity of Care: _____

I am requesting continued care from the following terminated/non-participating provider:

Provider Name	Specialty	Address	Phone Number
1.			
2.			
3.			

Member Signature: _____	Date: _____
If completed by someone other than the member: Name of Requestor: _____	Phone Number () _____
Requestor's Signature: _____	Relation to Member: _____

Please Mail To: Continuity of Care Request
Attn: Director of Utilization Management
445 Grant Avenue, Suite 700
San Francisco, CA 94108

OR,

Fax To: (415) 398-3669

For assistance in completing this form, call Member Services at (415) 834-2118.