

## देखभाल की निरंतरता अनुरोध फ़ॉर्म

देखभाल की निरंतरता एक ऐसी प्रक्रिया है जो योजनाएं बदलने वाले सदस्यों या जिन सदस्यों की योजनाओं या प्रदाता(ओं) को भाग लेने वाले प्रदाता नेटवर्क से समाप्त कर दिया गया है की निरंतर देखभाल करने देती है। कवरेज आपकी योजना के नियमों और शर्तों पर निर्भर करता है।

यदि आप कुछ मानदंडों को पूरा करते हैं, तो आप अपने वर्तमान चिकित्सक का उपचार जारी रखने के योग्य हो सकते हैं। कृपया [blueshieldca.com/forms](https://blueshieldca.com/forms) पर Blue Shield की देखभाल की निरंतरता ब्रोशर की समीक्षा करें।

आप योग्य हैं या नहीं यह देखने के लिए निम्नलिखित जानकारी की भी समीक्षा कर सकते हैं। यदि आपको सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया अपने Blue Shield सदस्य ID कार्ड पर मौजूद मेंबर सर्विसेज के नंबर पर कॉल करें।

### निर्देश:

इस फॉर्म के **भाग 1 की समीक्षा करें**, जो कि देखभाल की निरंतरता सेवाओं के लिए अर्हता प्राप्त करने का एक सिंहावलोकन है। कृपया ध्यान दें: यह योग्यता और आपकी योजना के नियम एवं शर्तों के अधीन है।

इस फॉर्म के **भाग 2 को पूर्ण करें**, जो सदस्य को दिए जा रहे उपचार और सदस्य की देखभाल में शामिल प्रदाता(ओं) के बारे में जानकारी का अनुरोध करता है।

अनुरोधित उपचार दस्तावेज संलग्न करते हुए **भाग 3 पूर्ण करें**:

- सदस्य के प्रदाता(ओं) के साथ प्रारंभिक परामर्श द्वारा नोट्स
- सदस्य के प्रदाता(ओं) द्वारा अंतिम तीन प्रगति नोट्स
- सदस्य के उपचार की योजना

प्रमाणीकरण और प्राधिकरण बॉक्स सहित, **भाग 4 की समीक्षा करें**।

### भाग 1 – योग्य चिकित्सा स्थितियां:

योजना के नियम एवं शर्तों के आधार पर, सदस्य कुछ सेवाओं के लिए देखभाल की निरंतरता के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं, जैसे:

- भर्ती किये हुए रोगी की देखभाल
- मरणांतक बीमारी का उपचार
- एक गंभीर चिकित्सा स्थिति, या मानसिक स्वास्थ्य या मादक द्रव्यों के सेवन विकार के लिए उपचार का एक सक्रिय पाठ्यक्रम, जिसमें मातृ मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति भी शामिल है
- एक गंभीर और जटिल स्थिति के लिए उपचार, या एक गंभीर पुरानी स्थिति के लिए उपचार के एक सक्रिय पाठ्यक्रम के भाग के रूप में
- गर्भावस्था देखभाल, त्रैमासिक या प्रसवोत्तर देखभाल पर ध्यान दिए बिना
- 36 महीने की आयु तक नवजात शिशु की देखभाल
- अनुसूचित गैर-वैकल्पिक सर्जरी

## भाग 2 – वर्तमान उपचारों एवं प्रदाताओं के बारे में जानकारी

### रोगी की जानकारी

नाम:	ग्राहक ID:	
पता:		
शहर:	राज्य:	ज़िप कोड:
जन्म तिथि:	ग्राहक के साथ संबंध:	
प्राथमिक फोन नंबर:	द्वितीय फ़ोन नंबर:	
क्या आप का नियोक्ता आपके स्वास्थ्य योजना को बदल रहा है? <input type="checkbox"/> हाँ या <input type="checkbox"/> ना		
पिछली स्वास्थ्य बीमा कंपनी (यदि प्रयोज्य हो):		
Kaiser चिकित्सा रिकॉर्ड संख्या (यदि प्रयोज्य हो):		
कवरेज समाप्त होने की तारीख:	क्या पिछली स्वास्थ्य योजना की अभी भी पेशकश की जा रही है? <input type="checkbox"/> हाँ या <input type="checkbox"/> ना	
नई स्वास्थ्य योजना का नाम:		
नई स्वास्थ्य योजना के प्रभावी होने की तिथि:		

### मरीज़ की मेडिकल जानकारी

गर्भवती होने पर, डिलीवरी की अपेक्षित तिथि क्या है?		
डिलीवरी करने वाले अस्पताल/सुविधा का नाम:	OB/GYN (अब्स्टेट्रिक्स/गाइनकालजी) माहिर का नाम:	
क्या सदस्य वर्तमान में अस्पताल में भर्ती है? <input type="checkbox"/> हाँ या <input type="checkbox"/> ना	अस्पताल का नाम:	
क्या सदस्य वर्तमान में घरेलू या आश्रम में स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त कर रहा है? <input type="checkbox"/> हाँ या <input type="checkbox"/> ना		
घरेलू स्वास्थ्य सेवा या आश्रम प्रदाता का नाम:		
घरेलू स्वास्थ्य सेवा या आश्रम प्रदाता की कर ID:		
फ़ोन नंबर:	फैक्स नंबर:	
क्या सदस्य की स्थिति मरणांतक है?		
<b>विचार करने के लिए अतिरिक्त जानकारी</b>		
विचार करने के लिए कोई भी अतिरिक्त जानकारी सूचीबद्ध करें:		

### प्रदाता जानकारी 1

अनुरोध करने वाले प्रदाता का पहला और आखिरी नाम:		
राष्ट्रीय प्रदाता पहचानकर्ता (NPI):	बिलिंग टैक्स ID नंबर	
पता:		
शहर:	राज्य:	ज़िप कोड:
फ़ोन नंबर:	फैक्स नंबर:	
प्रदाता की विशेषता:		
बीमारी/रोग-निदान को उपचारित किया जा रहा है (ICD-10 कोड, यदि उपलब्ध हो):		
उपचार (CPT कोड(स), यदि उपलब्ध हो):		
प्रदाता के साथ आरंभ करने की मूल तिथि:		
पिछले कार्यालय दौरे/उपचार की तिथि:		
अगली मुलाकात/उपचार की तिथि:		
देखभाल की निरंतरता सेवाओं के लिए अनुरोध फॉर्म		

## प्रदाता जानकारी 2

अनुरोध करने वाले प्रदाता का पहला और आखिरी नाम:

राष्ट्रीय प्रदाता पहचानकर्ता (NPI): बिलिंग टैक्स ID नंबर

पता:

शहर: राज्य: ज़िप कोड:

फ़ोन नंबर: फ़ैक्स नंबर:

प्रदाता की विशेषता:

बीमारी/रोग-निदान को उपचारित किया जा रहा है (ICD-10 कोड, यदि उपलब्ध हो):

उपचार (CPT कोड(स), यदि उपलब्ध हो):

प्रदाता के साथ आरंभ करने की मूल तिथि:

पिछले कार्यालय दौरे/उपचार की तिथि:

अगली मुलाकात/उपचार की तिथि:

## प्रदाता जानकारी 3

अनुरोध करने वाले प्रदाता का पहला और आखिरी नाम:

राष्ट्रीय प्रदाता पहचानकर्ता (NPI): बिलिंग टैक्स ID नंबर

पता:

शहर: राज्य: ज़िप कोड:

फ़ोन नंबर: फ़ैक्स नंबर:

प्रदाता की विशेषता:

बीमारी/रोग-निदान को उपचारित किया जा रहा है (ICD-10 कोड, यदि उपलब्ध हो):

उपचार (CPT कोड(स), यदि उपलब्ध हो):

प्रदाता के साथ आरंभ करने की मूल तिथि:

पिछले कार्यालय दौरे/उपचार की तिथि:

अगली मुलाकात/उपचार की तिथि:

## सुविधा सूचना (भौतिक पता शामिल करें)

अनुरोध करने वाले प्रदाता का पहला और आखिरी नाम:

राष्ट्रीय प्रदाता पहचानकर्ता (NPI): बिलिंग टैक्स ID नंबर

पता:

शहर: राज्य: ज़िप कोड:

फ़ोन नंबर: फ़ैक्स नंबर:

प्रदाता की विशेषता:

बीमारी/रोग-निदान को उपचारित किया जा रहा है (ICD-10 कोड, यदि उपलब्ध हो):

उपचार (CPT कोड(स), यदि उपलब्ध हो):

### भाग 3 – कृपया प्रत्येक प्रदाता के लिए निम्नलिखित दस्तावेजों को संलग्न करें

- उपचारक प्रदाता(ओं) से प्रारंभिक परामर्श रिपोर्ट
- वर्तमान उपचार योजना
- पिछले तीन प्रगति नोट्स

### भाग 4 – समीक्षा

कृपया ध्यान दें: Blue Shield केवल उपचारक प्रदाता के हस्ताक्षरित समझौते की प्राप्ति पर ही देखभाल निरंतरता की सेवाओं को मंजूरी दे सकती है:

- 1) Blue Shield का मानक भागीदारी प्रदाता अनुबंधित दर स्वीकार करें
- 2) केवल Blue Shield के सदस्य का मानक सह-भुगतान/सह-बीमा एकत्र करें
- 3) आर्थिक असमझौतों के परिणामस्वरूप सामने आने वाली किसी भी राशि के लिए Blue Shield के सदस्यों को बैलेंस बिलिंग करने से बचना चाहिए

### सदस्य प्रमाणीकरण, प्राधिकरण, और हस्ताक्षर

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस पर दिए सभी कथन और सभी संबंधित दस्तावेज मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार के मुताबिक सच, सही, और सम्पूर्ण हैं। मैं एतद्वारा एक चिकित्सक, स्वास्थ्य देखभाल सुविधा, और स्वास्थ्य देखभाल के अन्य प्रदाता, बीमा वाहक, अस्पताल, या चिकित्सा सेवा योजना को Blue Shield, या इसके एजेंटों या कर्मचारियों को इस रोगी को किसी भी समय होने वाली किसी भी बीमारी से संबंधित पूरी जानकारी प्रदान करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। यह जानकारी इस अनुरोध का मूल्यांकन और इसे संसाधित करने के लिए एकत्र की गई है।

**आपकी सुरक्षा के लिए, कैलिफ़ोर्निया कानून के लिए इस फॉर्म पर निम्नलिखित को प्रदर्शित करना आवश्यक है।** कोई भी व्यक्ति जो बीमा कवरेज प्राप्त करने या उसमें संशोधन करने या किसी नुकसान के भुगतान के लिए दावा करने के लिए जानबूझकर गलत या धोखाधड़ी वाली जानकारी प्रस्तुत करता है, वह अपराध का दोषी है और जुमनि और राज्य जेल में कारावास के अधीन हो सकता है।

उत्तरदायी सदस्य का नाम:

सदस्य के हस्ताक्षर

हस्ताक्षर की तिथि

फोन नंबर जिस पर हम सदस्य से संपर्क कर सकते हैं:

**डाक द्वारा इस फार्म को लौटाएँ:**

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

**फैक्स द्वारा इस फार्म को भेजें:**

**(855) 895-3506**

इस प्रतिलिपी संचरण में सुरक्षित और विशेषाधिकार प्राप्त, अत्यधिक गोपनीय चिकित्सीय जानकारी, निजी और स्वास्थ्य जानकारी (PHI) और/या कानूनी जानकारी शामिल हो सकती है। यह जानकारी केवल ऊपर दिए व्यक्ति या संस्था द्वारा उपयोग करने के लिए ही वांछनीय है।

यदि आप इस सामग्री के इच्छित प्राप्तकर्ता नहीं हैं, तो आप इसका उपयोग, प्रकाशन, चर्चा, प्रचार-प्रसार, या किसी अन्य ढंग से इसे वितरित नहीं कर सकते। यदि आप इच्छित प्राप्तकर्ता नहीं हैं, या यदि आपने त्रुटि में इस प्रसारण को प्राप्त किया है, तो प्रेषक को तुरंत और **गुप्त ढंग से** इसके बारे में सूचित करें और उस जानकारी को नष्ट कर दें जो गलती से फैक्स की गई थी।

उचित गोपनीयता बनाए रखने में आपकी सहायता के लिए धन्यवाद।

संशोधित: 12/2023

प्रभावी: 01/2024