

# 持续护理申请表

## 填写说明

- 将本申请表保存并下载至您的设备。
- 确保所有栏目均填写完整。申请表填写完成后,必须由申请持续护理的会员本人签名。若病患为未成年人,则需监护人签名。可使用电子签名功能进行电子签名,并将填妥的申请表保存至您的设备。
- 建议您在收到的信函中注明的医疗护理提供者终止日期起 30 天内申请持续护理。
- 您及/或您的受抚养人若因多种病况申请持续护理,需为每种病况单独填写一份持续护理申请表。

## 申请表提交方式

您或您的医疗护理提供者可通过邮寄、传真或在线提交的方式,将填妥的申请表及相关病历和信息一同提交。无论申请表由您还是您的医疗护理提供者提交,建议您留存一份填妥的申请表副本以备个人记录之用。

**邮寄提交: NYCE PPO Continuity of Care, P.O. Box 8042, Wausau, WI 54402-8042**

**传真提交: 855-229-4454**

## 在线提交

1. 登录 [nyceppo.com](http://nyceppo.com) 或创建您的账户。
2. 在页面顶部选择**联系我们 (Contact us)**。
3. 在**消息中心 (Message center)** 窗口中填写必填信息。
4. 在**主题 (Subject)** 行下拉菜单中选择**提交持续护理申请表 (Submit Continuity of Care form)**。
5. 上传您签名的持续护理申请表。
6. 选择**提交 (Submit)**。

**备注:**收到您的申请后,我们将对您提供的信息进行审核与评估。审核结果确定后,我们会向您发送信函,告知您的申请是否获批、被拒绝或因申请表填写不完整而无法得出审核结果。填写此表格并不保证持续护理请求会获得批准。

## 病患信息

就诊者全名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 年

会员卡号码(参见 NYCE PPO 会员卡) \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

电话号码 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

计划名称 **NYCE PPO** 团体编号 **76-417151**

病患与员工的关系  本人  配偶  受抚养人  其他 \_\_\_\_\_

### 病历公开授权:

本人授权所有医生及其他健康护理专业人员或机构,提供与上述病患的医疗护理、健康建议、治疗方案或医疗用品相关的信息。该信息将用于确定会员在本保险计划下是否符合持续护理福利的申领资格。

病患签名/若会员为未成年人,则由父母或监护人签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 年

**医疗护理提供者** 由您的健康护理专业人员填写以下信息。

医疗护理提供者全名 \_\_\_\_\_ 医疗护理提供者终止日期 \_\_\_\_\_ 月 / 日 / 年  
医疗护理提供者税号 (TIN) \_\_\_\_\_ 医疗护理提供者电话号码 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ -  
地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_  
医院 \_\_\_\_\_ 医院电话号码 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ -

主要诊断 (ICD10) \_\_\_\_\_

次要诊断 (ICD10) \_\_\_\_\_

预计治疗时长 (自医疗护理提供者终止之日起最长 90 天) \_\_\_\_\_

上次就诊日期 \_\_\_\_\_ 月 / 日 / 年 下次预约就诊日期 \_\_\_\_\_ 月 / 日 / 年

若为孕期, 预计分娩日期 \_\_\_\_\_ 月 / 日 / 年

请选择 1 项适用的描述

危及生命的病况	急性病况	移植	住院/卧床
即将进行外科手术	残疾	终末期疾病	持续治疗

当前及相关治疗方案/备注 (包含所有相关的 CPT 编码)

---

---

---

---

---

---

---

---

我们了解您目前不是或即将不再是我们医疗网络内的合作医疗护理提供者。我们的会员正就上述病况接受您的治疗, 并希望以网络内福利标准获得持续的承保。若该会员符合资格, 您同意: (1) 在适用的时间段内提供承保的服务, 包括会员计划承保的任何后续护理; (2) 遵守我们的政策与程序; (3) 应要求, 向我们共享会员的治疗相关信息; (4) 如适用, 将服务 (包括化验服务) 转介至网络内医疗护理提供者, 或在将会员转介至网络外医疗护理提供者前, 获得我们的批准; (5) 如适用, 在提供服务前, 申请所有必要的预先批准。请注意以下事项:

对于即将退出我们医疗网络的医疗护理提供者, 您的合作协议条款与条件将继续适用于会员计划承保的服务, 包括会员计划承保的任何后续护理。根据您的合作协议支付的费用, 连同会员根据本计划应承担的定额手续费、自付扣除金或共同保险, 构成承保服务的全额付款。无论该金额是否低于您的账单金额或常规收费标准, 您不得向会员、我们、任何付款方或代表其行事的任何人追讨或收取超出该金额的款项。

健康护理专业人士签名 \_\_\_\_\_ 头衔 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_ 月 / 日 / 年

**医疗护理提供者 由您的健康护理机构填写以下信息。**

机构全名 \_\_\_\_\_ 机构终止日期 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
月 日 年

机构税号 (TIN) \_\_\_\_\_ 机构电话号码 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

医院 \_\_\_\_\_ 医院电话号码 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

主要诊断 (ICD10) \_\_\_\_\_

次要诊断 (ICD10) \_\_\_\_\_

预计治疗时长 (自医疗护理提供者终止之日起最长 90 天) \_\_\_\_\_

上次就诊日期 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 下次预约就诊日期 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
月 日 年 月 日 年

若为孕期, 预计分娩日期 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
月 日 年

请选择 1 项适用的描述

危及生命的病况

急性病况

移植

住院/卧床

即将进行外科手术

残疾

终末期疾病

持续治疗

当前及相关治疗方案/备注 (包含所有相关的 CPT 编码)

---

---

---

---

---

---

---

---

我们了解您目前不是或即将不再是我们医疗网络内的合作医疗护理提供者。我们的会员正就上述病况接受您的治疗,并希望以网络内福利标准获得持续的承保。若该会员符合资格,您同意:(1) 在适用的时间段内提供承保的服务,包括会员计划承保的任何后续护理;(2) 遵守我们的政策与程序;(3) 应要求,向我们共享会员的治疗相关信息;(4) 如适用,将服务(包括化验服务)转介至网络内医疗护理提供者,或在将会员转介至网络外医疗护理提供者前,获得我们的批准;(5) 如适用,在提供服务前,申请所有必要的预先批准。请注意以下事项:

对于即将退出我们医疗网络的医疗护理提供者,您的合作协议条款与条件将继续适用于会员计划承保的服务,包括会员计划承保的任何后续护理。根据您的合作协议支付的费用,连同会员根据本计划应承担的定额手续费、自付扣除金或共同保险,构成承保服务的全额付款。无论该金额是否低于您的账单金额或常规收费标准,您不得向会员、我们、任何付款方或代表其行事的任何人追讨或收取超出该金额的款项。

机构指定代表签名 \_\_\_\_\_ 头衔 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
月 日 年

保密声明: 本文档中的信息属于机密信息和/或专有商业信息。因此,该信息仅可由收件人(个人或实体)使用。所有收件人应按照其在适用的管理服务协议、团体保险合同、保密协议或其他适用合同或法律项下的合同义务,对该专有商业信息使用和保护,防止其被进一步披露或滥用,并对上述行为承担法律责任。您收到的信息可能包含受保护健康信息(protected health information, PHI),必须依据适用的州和联邦法律(包括但不限于《健康保险流通与责任法案》(HIPAA))进行处理。滥用此类信息的个人可能面临民事和刑事处罚。

任何人明知且故意欺诈保险公司或他人,在投保申请或理赔声明中填写任何实质性虚假信息,或为误导而隐瞒与此相关的任何实质性事实,均可能构成保险欺诈行为,该行为可能构成犯罪,且每一项违法行为均可能面临民事处罚。