



了解 過渡護理和 持續護理。

過渡護理



過渡護理提供新聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 會員得以選擇在有限的時間內（基於特定的醫療病況）向其現有的網絡外健康護理專業人員請求擴大承保範圍，直到安全轉移且可安排網絡內健康護理專業人員為止。對於根據《加利福尼亞保險法典》(California Insurance Code) 進行的過渡護理，會員的網絡外醫療護理提供者可能會獲得更高的補償層級。除了會員的自付扣除金或共同保險外，會員也應負責補償金額與網絡外醫療護理提供者之賬單金額間的差額。有關承保之醫療病況範例，請參閱本文件第 2 頁。您必須在聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 承保開始日後的 30 天內使用由第 5 頁起始的申請書來申請過渡護理。在 30 天後收到申請書，將根據個案情況進行審核。



有關這些醫療保險條款之更多資訊，請參閱第 4 頁。



持續護理

持續護理提供聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 員得以選擇自其目前的健康護理專業人員處尋求進一步護理，前提是其不再使用健保計劃，且現在被認為處於網絡外。基於醫療原因而無法立即轉移至網絡內健康護理專業人員的會員，得要求於限定期限內，針對特定醫療病況，延伸與網絡內醫療護理提供者和網絡費率相關之福利和分攤費用層級的服務承保範圍。在 30 天後收到申請書，將根據個案情況進行審核。

有關承保之醫療病況範例，請參閱本文件第 2 頁。

如果您的健康護理專業人員即將離開聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 網絡，您必須於健康護理專業人員服務終止之日起 30 天內使用由第 5 頁起始的申請書來申請持續護理。

過渡護理和持續護理如何運作：

針對以下過渡護理和持續護理申請書中確定的病況，您必須已由指定的非合約性質的健康護理專業人員施予持續及現行的治療（請參閱第 4 頁的定義）。

- 聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 必須做出正式決定來裁定網絡內健康護理專業人員的變更會對您的健康產生負面影響。將根據適用的州法和鑒定合格的標準對您的申請進行評估。
- 如果您的申請被核准用於申請書所列之醫療病況，則您將獲得健康護理專業人員提供的特殊病況承保服務直到：
 - 會員在持續護理或過渡護理期間的醫療病況穩定；且
 - 無醫療病況或顧慮可阻止安全地轉移至網絡內的醫療專業人員。這是由聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 與治療您的網絡外健康護理專業人員，以及分配給您的網絡內健康護理專業人員（如適用）諮詢確定的。

全部的其他服務或用品必須由網絡內健康護理專業人員提供，使您能夠獲得網絡承保層級。如果您的計劃包括網絡外承保範圍，並且您選擇在聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 核准的時間範圍內繼續接受網絡外護理，您必須遵循該計劃的網絡外要求，包括任何預授權要求。

- 提供的過渡護理和持續護理承保範圍並不保證治療為醫療上所必需，或由您的計劃福利承保。根據實際要求，仍可能需要確定醫療必要性和正式的事前授權才能承保服務。

可能符合過渡護理和持續護理資格的醫療病況範例包括：

- 懷孕：懷孕期間至分娩後六週內的持續時間。
 - 新生兒的承保自出生時開始持續 30 天。您必須選擇一位網絡兒科醫師，並在嬰兒的出生日期起 30 天內通知您的健保計劃代表，以將嬰兒新增至您的計劃中。
- 出生後至三十六 (36) 月齡期間的新生兒護理。自醫療護理提供者的協議終止日期或新註冊會員的生效日期起，過渡護理或持續護理的承保範圍將不超過十二 (12) 個月。承保範圍也不會超過兒童的三 (3) 歲生日。
- 新診斷或復發的癌症，目前正在接受化學療法、放射療法或重建術。
- 由於與移植相關的併發症而需要持續性護理的移植候選人或移植受贈者。

續

- 近期發生的急性期和追蹤 (治療)期重大外科手術，只要醫療護理提供者建議的該項外科手術發生在醫療護理提供者同意終止服務日期後 180 個日曆天內，或您新註冊之生效日期的 180 個日曆天內。
- 積極治療中的嚴重急性病況，例如心臟病發作或中風。急性病況期間將提供完整的承保服務。
- 其他需要積極治療的嚴重慢性病況。
- 疾病末期治療，不可治癒或不可逆，極有可能在一年內導致死亡的病況。生病期間將提供完整的承保服務。
- 合理的期間內進行行為健康和濫用藥物防治護理，以安全地將護理轉移至網絡內健康護理專業人員。這包括從精神科醫師、持照心理醫師、持照婚姻和家庭治療師，或持照的臨床社工處獲得的行為健康護理。有關行為健康和濫用藥物服務，請致電註冊資訊或健康護理會員卡上的客戶服務部門電話，以與行為健康和濫用藥物保險公司聯繫。

不合格的過渡護理和持續護理之病況範例：

- 常規檢查、疫苗接種和健康評估。
- 穩定的慢性病況（州法規定除外）。
- 輕微疾病，例如感冒、喉嚨痛和耳朵感染。
- 超出醫療護理提供者服務終止日期或您承保生效日期 12 個月的任何病況之護理。此限制不適用疾病末期的持續護理。

問答集：

問 如果我的申請獲得核准，我有多少時間可過渡至新的網絡內健康護理專業人員？

答 如果聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 決定不建議過渡至參與的健康護理專業人員，或者病況不符合過度護理和持續護理的安全資格，則將授權經核准的網絡外健康護理專業人員於具體時限內提供服務，或者直到完成護理或轉移至參與的健康護理專業人員為止，以先發生者為準。您必須於承保生效日期起 30 天內，或在醫療護理提供者服務終止日的 30 天內申請過渡護理和持續護理，否則您可能不符合過渡護理和持續護理服務的資格。在 30 天後收到申請書，將根據個案情況進行審核。

問 如果我因一種醫療病況被核准接受過渡護理和持續護理服務，我是否可因非相關病況而接受網絡承保服務？

答 否。網絡承保層級是過渡護理和持續護理的一部分，僅適用於特定的醫療病況，不適用其他病況。如果您要尋求一種以上醫療病況的過渡護理和持續護理承保，則應針對每種特定病況完成過渡護理和持續護理申請書。

定義：

過渡護理：提供新聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 會員得以選擇在有限的時間內（基於特定的醫療病況）向其現有的網絡外健康護理專業人員請求延伸承保範圍，直到安全轉移且可安排網絡內健康護理專業人員為止。

持續護理：提供聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 會員得以選擇自其目前的健康護理專業人員處尋求進一步護理，前提是其不再使用健保計劃，且現在被認為處於網絡外。

網絡內：與您的健保計劃簽約之服務單位、提供者和供應商以提供健康護理服務。

網絡外：非網絡醫療護理提供者所提供的服務。

預先授權：獲取藥物或服務前，對您的健保計劃之承保範圍進行評估。

正在進行的療程：正在進行的療程通常涉及定期至從業人員處就診，以監測疾病或病症的狀況，提供直接治療，開立處方藥物，或進行其他治療或修改治療計劃。停止正在進行的療程可能會導致病況復發或惡化，並影響復原。通常正在進行的療程定義為最近 30 天內的治療，但將根據個案情況進行評估。

有關其他健康護理和醫療保險條款與定義，請參閱網址：justplainclear.com。

過渡護理和持續護理申請書

此申請書適用居住在 California 的所有足額保險會員。

如何填寫此申請書：

- 請確保已填寫所有欄位。
- 完成填寫申請書後，必須由申請過渡護理和持續護理的會員簽名。如果會員是未成年人，則需要監護人簽名。
- 您必須於承保生效日期起 30 天內，或在醫療護理提供者服務終止日的 30 天內申請過渡護理和持續護理。在 30 天後收到申請書，將根據個案情況進行審核。
- 對於您和/或您的受撫養人正在尋求過渡護理和持續護理的每種病況，必須分別填寫過渡護理和持續護理申請書。
- 請在您的聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 計劃生效日期起 30 天內，將填寫完整的申請書以及相關醫療紀錄和資訊郵寄或傳真至：

UnitedHealthcare
600 Airborne Parkway
Cheektowaga, NY 14225
Attn: Transition of Care/Continuity of Care
傳真：1-855-686-3561

- 收到您的申請書後，聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 將審查和評估所提供的資訊。不完整的表格將退還給申請人。如果表格填寫完整，我們將寄給您一封信，讓您知道您的申請已被核准或拒絕。完成這項申請並不保證將提供過渡護理和持續護理。
- 有關行為健康和濫用藥物防治服務，請致電註冊資訊或健康護理會員卡上的客戶服務部門電話，以與行為健康和濫用藥物保險公司聯繫。

會員資訊		
<input type="checkbox"/> 新聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 會員 (過渡護理申請人)		醫療護理提供者之服務終止日期
<input type="checkbox"/> 醫療護理提供者服務已終止之現有聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 會員 (持續護理申請人)		
姓名 (接受治療之人)	聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 會員卡號碼	出生日期 (月/日/年)
地址	城市	州/郵遞區號
住家/手機電話號碼		工作電話號碼
僱主名稱		參加註冊聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 計劃的日期 (月/日/年)
會員與僱主之關係 <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 受撫養人 <input type="checkbox"/> 其他	此會員目前是否由其他醫療保險公司承保？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，保險公司名稱：	
授權以公開紀錄： 我授權所有醫師和其他健康護理專業人員或機構為上述會員提供有關藥物護理，建議，治療或用品的聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 資訊。此資訊將用於確定計劃下會員的過渡護理/持續護理給付資格。		
會員的簽名/父母或監護人的簽名 (如果會員為未成年人)		日期 (月/日/年)

醫療護理提供者欄位：您的健康護理專業人員應填寫以下資訊。

姓名	國內醫療護理提供者識別碼 (NPI) 或者 納稅人識別號碼 (TIN)	電話號碼
地址	城市	州／郵遞區號
醫院		醫院電話號碼
最後就診日期 (月／日／年)	下次安排約診 (月／日／年)	就診頻率
診斷	預期治療期	如果為孕婦：預期生產日期 (月／日／年)

如果適用，請選擇其中一項說明：

- 危及生命的病況 急性病況 移植 住院/受限制
 即將進行的外科手術 殘疾/殘疾 疾病末期 持續治療

新生兒會員：新生兒的承保始於出生之時，並持續 30 天。您必須選擇一位網絡兒科醫師，並在嬰兒出生日期起 30 天內通知您的健保計劃代表，以將嬰兒新增至您的計劃中。

是否為先前受傷或慢性病況加劇的治療？ 是 否

目前和相關治療／意見（包括所有相關的目前程序之術語代碼）

如果這些護理需求與您申請的過渡護理和持續護理承保病況範圍不相關，請針對每種病況分別填寫過渡護理和持續護理申請書。

上述患者為聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 會員。我們了解您非或即將不再為聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 網絡醫療護理提供者。會員要求在規定的期限內，我們根據會員的給付計劃延伸您作為非網絡醫療護理提供者所提供之承保服務護理保險。這是由於合格的條件。如果我們核准此要求，則您同意 (1) 提供承保服務，包括會員計劃涵蓋的任何追蹤 (治療) 護理，並且 (2) (如果適用)，您的參與協議的條款與條件將繼續適用於承保服務，包括會員計劃所涵蓋的任何追蹤 (治療) 護理。請注意以下事項：

- 如果適用，將根據您的參與協議以及計劃下的會員定額手續費、自付扣除金或共同保險全額支付承保服務費用，如果超過全額付款金額，則無論該金額是否低於您的帳單費用或慣例收費，您將不尋求索回，也不接受會員、聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 或任何付款人或代表其行事之任何人的任何付款。
- 根據要求，您將與我們分享有關會員的治療資訊。
- 如果適用，您將根據參與協議條款轉介服務包括化驗服務等給網絡內醫療護理提供者。

健康護理專業人員簽名

日期 (月／日／年)

保密聲明：本文件中之資訊被視為聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 的保密和/或專有企業資訊。因此，這項資訊僅限其指定人士或實體單位使用。任何收件人均應負責使用和保護聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 的專有企業資訊，防止進一步揭露或濫用這項資訊，這與收件人根據任何適用行政服務協議、團體策略合約、保密協議或其他適用之合約或法律的合約義務一致。您收到的資訊可能包含受保護健康資訊 (PHI)，必須根據適用的州和聯邦法律 (包括但不限於 HIPAA) 進行處理。濫用這項資訊的個人可能會受到民事和刑事處罰。

任何人故意並意圖欺詐任何保險公司，或提出包含任何重大虛假資訊之保險申請書或理賠聲明書，或為誤導目的而隱瞞任何有關其任何重大實質資訊之其他人士，均可能構成欺詐性保險行為，此為犯罪行為，也可能每次違規皆受民事處罰。

我們不會因為性別、年齡、種族、膚色、殘疾或原國籍而對會員有差別待遇。如果您認為自己因為性別、年齡、種族、膚色、殘疾或原國籍而遭受不公平待遇，您可向民權事務協調員寄送投訴。

網上： UHC_Civil_Rights@uhc.com

郵寄： Civil Rights Coordinator, UnitedHealthcare Civil Rights Grievance, P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

您必須在發現歧視事件後的 60 天內寄送投訴。我們將會在 30 天內寄送決定函給您。如果您不同意該決定，您有 15 天的時間可以向我們申請複審。

如果您需要協助處理投訴事宜，請於週一至週五上午 8 時至晚上 8 時致電您會員卡上所列的免付費電話號碼（聽力語言殘障服務專線 711）。

您也可向美國健康及人類服務部提出投訴。

網上： <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

您可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 網站獲得投訴表。

電話： 免付費電話 1-800-368-1019、1-800-537-7697（聽力語言殘障服務專線）

郵寄： U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

我們提供免費服務協助您與我們溝通，例如其他語言或大字體版本的信函。或者，您可申請口譯員。如欲申請協助，請於週一至週五上午 8 時至晚上 8 時致電您會員卡上所列的免付費電話號碼（聽力語言殘障服務專線：711）。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call the toll-free phone number listed on your identification card.

ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打會員卡所列的免付費會員電話號碼。

XIN LŪU Y: Nếu quý vị nói tiếng Việt (Vietnamese), quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

알림: 한국어 (Korean)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog (Tagalog), may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nasa iyong identification card.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является русским (Russian). Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية (Arabic)، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج على بطاقة التعريف الخاصة بك.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen (Haitian Creole), ou kapab benefisyè sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki sou kat idantifikasyon w.

ATTENTION : Si vous parlez français (French), des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte d'identification.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku (Polish), udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej.

ATENÇÃO: Se você fala português (Portuguese), contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número encontrado no seu cartão de identificação.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'italiano (Italian), sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per favore chiamate il numero di telefono verde indicato sulla vostra tessera identificativa.

ACHTUNG: Falls Sie Deutsch (German) sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer auf der Rückseite Ihres Mitgliedsausweises an.

注意事項：日本語 (Japanese) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。健康保険証に記載されているフリーダイヤルにお電話ください。

توجه: اگر زبان شما فارسی (Farsi) است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگانی که روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी (Hindi) बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, नि:शुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने पहचान पत्र पर सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus Hmoob (Hmong), muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu deb dawb uas teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj cim qhia tus kheej.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃដែលមាននៅលើអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក។

PAKDAAR: Nu saritaem ti Ilocano (Ilocano), ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyan. Maidawat nga awagan iti toll-free a numero ti telepono nga nakalista ayan iti identification card mo.

DÍI BAA'ÁKONÍNÍZIN: Diné (Navajo) bizaad bee yáníłti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíik'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqo'dí ninaaltsoos nítł'izi bee nééhozinígíí bine'deę' t'áá jíik'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodiłniłh.

OGOW: Haddii aad ku hadasho Soomaali (Somali), adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka telefonka khadka bilaashka ee ku yaalla kaarkaaga aqoonsiga.