



了解過渡護理 和持續護理。



過渡護理

過渡護理提供聯合健康保險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，直到可安全轉移和安排網絡內健康護理專業人員為止。對於根據《加州保險法典》(California Insurance Code) 進行的過渡護理，會員的網絡外醫療護理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帳單金額間的差額。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承保開始日後的 30 天內使用由第 5 頁起始的申請表來申請過渡護理。如在 30 天後才收到申請，將根據個案情況進行審核。



如需進一步了解這些健康保險條款的幫助，請參閱第 3 頁。



持續護理

持續護理提供聯合健康保險會員得以選擇自其目前的健康護理專業人員尋求進一步護理，前提是該健康護理專業人員已不再與其健保計畫合作，且現在視為網絡外。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。如在 30 天後才收到申請，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 頁起始的申請表來申請持續護理。

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表中確定的病況，您必須已由指定的非合約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）。

- 聯合健康保險必須做出正式決定來裁定變更為網絡內健康護理專業人員會對您的健康產生負面影響。您的申請將根據適用的州法和官方認證的標準進行評估。
- 如果您的申請已核准用於申請表所列之醫療病況，您將能獲得健康護理專業人員提供的特殊病況承保服務直到：
 - 在過渡護理或持續護理下，會員的病況健康穩定；和
 - 無醫療病況或顧慮可阻止安全地轉移至網絡內的健康護理專業人員。這是由聯合健康保險與您的網絡外健康護理提供者，以及您指定的網絡健康護理專業人員（如果適用）諮詢後而決定。

所有其他服務或用品必須由網絡內健康護理專業人員為您提供，才能獲得網絡承保層級。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核准的時間範圍外繼續接受護理，您必須遵循該計劃的網絡外要求，包括任何預先授權要求。

- 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：

- 懷孕期間至分娩後六週。
 - 新生兒的承保自出生開始，持續 30 天。您必須選擇一位網絡兒科醫生，並在嬰兒的出生日期起 30 天內通知您的健保計劃代表，將嬰兒新增至您的計劃中。
- 出生後至 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參加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 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。
- 計劃授權作為記錄療程的一部分進行的外科手術或其他程序，並由醫療護理提供者建議並記錄在合約終止日期後 180 天內或承保生效日期後 180 天內進行承保的新計劃參加者。
- 積極治療中的嚴重急性病況，例如心臟病突發或中風。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。
- 治療末期疾病、無法治癒或無法逆轉的病況，極有可能在一 (1) 年或更短期間內致死。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物質濫用防治護理，以安全地將護理轉移至網絡內健康護理專業人員。這包括：
 - 從精神科醫生、持照心理醫生、持照婚姻和家庭治療師或持照臨床社工處獲得的行為健康護理。有關行為健康和物質濫用服務，請致電參加註冊資訊或健康護理會員卡上的客戶服務部門電話，聯絡行為健康和物質濫用保險公司。
 - 從治療健康護理提供者處獲得的孕產婦精神健康狀況。完成針對孕產婦精神健康狀況的承保健康護理服務不得超過診斷後或妊娠結束後 12 個月（以較晚者為準）。

不合格的過渡護理和持續護理之病況範例：

- 例行檢查、疫苗接種和健康評估。
- 穩定的慢性病況（州法律定除外）。
- 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。此限制不適用末期疾病的持續護理。

常見問題：

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 如果聯合健康保險決定不建議轉移至網絡健康護理專業人員，或者病況不符合過渡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網絡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。如在 30 天後才收到申請，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或持續護理承保，則應針對每種特定病況完成過渡護理／持續護理申請表。

定義：

過渡護理：提供聯合健康保險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，直到直到可安全轉移和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，前提是該健康護理專業人員已不再與其健保計畫合作，且現在視為處於網絡外。

孕產婦精神健康狀況：一種可能影響女性在懷孕期間、產期前後或產後，或在懷孕期間、產期前後或產後期間，直至產後一(1)年內出現的精神健康狀況。

網絡：為了提供健康護理服務，與您的健保計畫簽約之服務單位、醫療護理提供者和供應商。

網絡外：非網絡醫療護理提供者所提供的服務。

事先授權：獲取藥物或服務前，對您的健保計畫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執業人員處就診，以監測疾病或病症的狀況，提供直接治療、開立處方藥物、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健康保險條款與定義，請參閱網址：justplainclear.com。

過渡期護理和持續護理申請表

此申請表適用於位於 California 的所有足額保險會員。

如要完成此申請表：

- 請確保已填寫所有欄位。
- 完成填寫申請表後，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。如在 30 天後才收到申請表，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表。
- 請在您的聯合健康保險計劃生效日期起 30 天內完成表格，並附上相關病歷和資訊，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

- 收到您的申請後，聯合健康保險將審查和評估所提供的資訊。不完整的申請表將退還給申請者。如果申請表填寫完整，我們將寄給您一封信，讓您知道您的申請已被核准或拒絕。填寫這此申請表並不保證將提供過渡護理和持續護理。
- 有關行為健康和物質濫用服務，請致電參加註冊資訊或健康護理會員卡上的客戶服務部門電話，聯絡行為健康和物質濫用保險公司。

會員資訊 / Member Information		
<input type="checkbox"/> 新的聯合健康保險會員（過渡護理申請者） / New UnitedHealthcare member (Transition of Care applicant) <input type="checkbox"/> 其醫療護理提供者終止的現有聯合健康保險會員（持續護理申請者） / Existing UnitedHealthcare member whose care provider terminated (Continuity of Care applicant)		醫療護理提供者之終止日期 / Provider Termination Date
姓名（接受治療者） / Name (Person being treated)	聯合健康保險會員卡號碼 / UnitedHealthcare Member ID Number	出生日期（月／日／年／年／年） / Date of Birth (mm/dd/yyyy)
地址 / Address	城市 / City	州／郵遞區號 / State/ZIP Code
住宅／手機電話號碼 / Home/Cell Phone Number		工作電話號碼 / Work Phone Number
僱主名稱 / Employer Name		參加註冊聯合健康保險計劃的日期（月／日／年／年／年） / Date of Enrollment in the UnitedHealthcare Plan (mm/dd/yyyy)
會員與僱員之關係 / Member's Relationship to Employee <input type="checkbox"/> 自己 / Self <input type="checkbox"/> 配偶 / Spouse <input type="checkbox"/> 受撫養人 / Dependent <input type="checkbox"/> 其他 / Other		此會員目前是否由其他健康保險公司承保？ / Is the member currently covered by other health insurance carrier? <input type="checkbox"/> 是 / Yes <input type="checkbox"/> 否 / No 如果是，保險公司名稱： / If yes, carrier name:

會員資訊 / Member Information**授權以公開紀錄： / Authorization to release records:**

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醫療護理、建議、治療或用品的聯合健康保險資訊。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。 / I authorize all physicians and other health care professionals or facilities to provide UnitedHealthcare information concerning medical care, advice, treatment or supplies for the member named above. This information will be used to determine the member's eligibility for Transition of Care/Continuity of Care benefits under the plan.

會員簽名/父母或監護人簽名 (如果會員是未成年人) /

Member's Signature/Parent or Guardian's Signature if Member is a Minor

日期 (月/日/年) / Date (mm/dd/yyyy)

Date (mm/dd/yyyy)

醫療護理提供者部份：您的健康護理專業人員應填寫以下資訊。 / Care Provider Section: Your health care professional should complete the following information.

姓名 (診察醫生或其他健康護理專業人員) / Name (Treating physician or other health care professional)	全國醫療護理提供者識別碼 (National Provider Identifier, NPI) 或納稅人識別號碼 (Tax ID Number, TIN) / National Provider Identifier (NPI) or Tax ID Number (TIN)	電話號碼 / Phone Number
地址 / Address	城市 / City	州/郵遞區號 / State/ZIP Code
設施名稱、NPI/TIN、地址、城市、州 / Facility Name, NPI/TIN, Address, City, State		設施電話號碼 / Facility Phone Number
上次就診日期 (月/日/年) / Date of Last Visit (mm/dd/yyyy)	下次約診日期 (月/日/年) / Next Scheduled Appointment (mm/dd/yyyy)	就診頻率 / Frequency of Visits
診斷 / Diagnosis	預計治療時間 / Expected Length of Treatment	如果為孕產婦：預計分娩日期 (月/日/年) / If Maternity: Expected Date of Delivery (mm/dd/yyyy)

如果適用，請選擇其中 1 項描述： / Please select 1 of the descriptions if it applies:

- 危及生命的病症 / Life-Threatening Condition
 急性病症 / Acute Condition
 移植 / Transplant
 住院/隔離 / Inpatient/Confined
 即將進行的外科手術 / Upcoming Surgery
 殘障/殘疾 / Disabled/Disability
 末期疾病 / Terminal Illness
 持續治療 / Ongoing Treatment

新生兒會員：新生兒的承保自出生開始，持續 30 天。您必須選擇一位網絡兒科醫生，並在嬰兒的出生日期起 30 天內通知您的健保計劃代表，將嬰兒新增至您的計劃中。 / **Newborn members:** Coverage for newborn children begins at the moment of birth and continues for 30 days. You must select a network pediatrician and notify your health plan representative within 30 days from the baby's date of birth to add the baby to your plan.

是否為先前受傷或慢性病況加劇的治療？ / Is the treatment for an exacerbation of a previous injury or chronic condition?

- 是 / Yes 否 / No

醫療護理提供者部份：您的健康護理專業人員應填寫以下資訊。 / Care Provider Section: Your health care professional should complete the following information.

目前狀況和相關治療計劃（包括簡短聲明和所有相關 CPT 代碼*） / Current Condition and Associated Treatment Plan (include brief statement and all relevant CPT codes*)

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表。*根據需要附上額外的臨床資訊。 / If these care needs are not associated with the condition for which you are applying for Transition of Care and Continuity of Care coverage, please complete a separate Transition of Care and Continuity of Care form for each condition. *attach additional clinical, as needed.

上述患者為聯合健康保險會員。我們了解您不是或即將不是聯合健康保險網絡醫療護理提供者。會員要求我們在規定的期限內，根據會員的福利計劃護理延伸承保您作為非網絡醫療護理提供者所提供之承保服務。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： / The above-named patient is a UnitedHealthcare member. We understand you are not, or soon will not be, a participating provider in the UnitedHealthcare network. The member has asked that for a defined period of time we extend coverage for care under the member's benefit plan for the covered services you provide as a non-participating provider. This is because of a qualifying condition. If we approve this request, you agree (1) to provide the covered service, including any follow-up care covered under the member's plan, and (2) if applicable, the terms and conditions of your participation agreement will continue to apply to the covered service, including any follow-up care covered under the member's plan. Please note the following:

- 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、聯合健康保險或任何付款人或代表其行事之任何人的任何付款。 / If applicable, payment under your participation agreement, together with any copayment, deductible or coinsurance for which the member is responsible under the plan is payment in full for the covered service and you will not seek to recover, and will not accept any payment from the member, UnitedHealthcare, or any payer or anyone acting on their behalf, in excess of payment in full, regardless of whether such amount is less than your billed or customary charge.
- 根據要求，您將與我們分享有關會員的治療資訊。 / Upon request, you will share information regarding the member's treatment with us.
- 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。 / If applicable, you will make referrals for services including laboratory services, to network providers in accordance with the terms of your participation agreement.

健康護理專業人員簽名 /
Signature of Health Care Professional

日期（月/日/年） /
Date (mm/dd/yyyy)

保密通知：本文件所包含的資訊是聯合健康保險的保密和/或專有商業資訊。因此，此類資訊僅限其指定人士或實體單位使用。此類資訊收受者應負責使用和保護聯合健康保險的專有商業資訊，以免資訊遭到進一步公開或不當使用，並應遵守任何適用的管理服務協議、團體保單合約、保密協議或其他適用合約或法律規定資訊收受者應盡的合約義務。您收到的資訊可能包含受保護健康資訊 (protected health information, PHI)，必須根據適用的州和聯邦法律（包括但不限於健康保險流通與責任法 (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。

我們不因會員的性別、年齡、種族、膚色、殘疾或原國籍而給予差別待遇。如果您認為自己因性別、年齡、種族、膚色、殘疾或原國籍而遭到不公平的待遇，請將投訴寄給民權協調員。

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

您必須在發現相關情況起 60 天內寄出投訴。我們會在 30 天內寄決定函給您。如果您不同意該決定，可以有 15 天的時間要求我們重新審查。

如果您需協助提出投訴，請撥打健保計劃會員卡所列的免付費電話號碼、聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711，週一至週五，上午 8 點至下午 8 點。

您也可以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>

投訴表可在以下網站取得，網址：
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

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 (TDD))

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

我們提供免費服務以協助您與我們溝通，例如：其他語言版本或大字版的信函。或者，您可申請口譯員。如欲尋求協助，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點撥打會員卡所列的免付費電話號碼，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711。

請注意：如果您講英語，可免費向您提供語言協助服務。請撥打您的會員卡所列的免付費電話號碼。

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 LƯU Ý: 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.

PAUNAWA: 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. الرجاء الاتصال على رقم الهاتف المجاني الموجود على معرف العضوية الخاص 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), udostępniłmy 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 सेवाएँ, निःशुल्क 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.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ ដូចមានរាយនៅលើប័ណ្ណសម្គាល់របស់អ្នក។

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

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: Diné (Navajo) bizaad bee yáníłti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqodí ninaaltsoos nit'i'izi bee nééhozinígíí bine'déé' t'áá jíík'ehgo béésh bee hane'i biká'ígíí bee hodiilnih.

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.