

過渡照護和持續照護

運作方式說明。

什麼是過渡照護？

過渡照護讓您能持續以網絡內承保級別向不屬於我們網絡的健康照護服務提供者取得指定醫療和行為病況的服務。這類照護可持續一段指定期間，直到能安排將照護安全移轉至網絡內醫療服務提供者或機構為止。您必須在投保時申請過渡照護。您必須在承保生效日期後 30 天內申請。

什麼是持續照護？

持續照護讓您在特定情況下以網絡內承保級別取得指定醫療和行為病況的服務。這類狀況包括您的健康照護服務提供者離開您的計畫網絡，或如果 / 當您的雇主已通知您可能符合持續照護資格，或您的雇主變更健康照護計畫，而立即將您的照護移轉到其他醫療服務提供者並不適當和 (或) 不安全。這類照護可持續一段指定期間。持續照護自您收到通知您，您的醫療服務提供者即將離開您計畫網絡的信函當天起三天後開始提供。持續照護通常從該日期起持續 90 天。您需要在此 90 天期間內要求獲得持續照護。

兩者的運作方式

- 您必須已經在接受過渡照護 / 持續照護申請表中指明病況的治療。
- 如果核准申請的醫療或行為病況：
 - 您在我們決定的指定期間內接受健康照護服務提供者治療特定病況時，將可取得網絡內等級的承保。
 - 如果您的計畫包括網絡外承保，而且您選擇在超過我們核准期間後持續在網絡外接受照護，您必須遵守您計畫的網絡外規定，包括任何事先證明規定。
 - 過渡照護 / 持續照護僅適用申請表上指定的醫療或行為病況之治療並僅限使用指明的健康照護服務提供者。所有其他病況都必須由網絡內健康照護服務提供者為您提供照護，才能獲得網絡內承保。
- 提供過渡照護 / 持續照護：
 - 不保證治療一定是醫療所需。
 - 不算是事先核准將要提供的醫療服務。
- 根據實際申請內容，可能仍需判定具有醫療必要性並取得正式的事先證明，服務才屬於承保範圍。



提供者：Cigna Health and Life Insurance Company、Connecticut General Life Insurance Company 或其關係企業。

可能符合過渡照護 / 持續照護資格的急性醫療病況的例子包括但不限於：

- 懷孕。
- 視為高風險的懷孕：孕婦年滿 35 歲，或病患目前 / 過去有下列情況：
 - 前次懷孕時曾早產 (三週)。
 - 妊娠糖尿病。
 - 妊娠高血壓。
 - 這次懷孕期間曾數次住院。
- 化療、放射線治療或重建期間新診斷出癌症或癌症復發。
- 創傷。
- 等待移植的病患、病情不穩定的受贈者，或受贈者因為移植相關併發症而需要不間斷接受照護。
- 近期進行的重大外科手術仍在追蹤期間 (通常為六至八週)。
- 因心臟病發作、中風等急性病況或慢性病況不穩定而在**積極治療**中。
 - 「積極治療」的定義是醫療服務提供者看診或住院並有治療方案改變的書面紀錄。發生時間要在您的計畫生效日期或您的健康照護服務提供者終止日期前 21 天內。
- 計畫生效日期當天住院中 (僅適用無延長承保規定的計畫)。
- 積極治療期間的行為健康病況。

不符合過渡照護 / 持續照護資格的病況的例子包括但不限於：

- 接受過渡照護的懷孕第一期。
- 例行檢驗、疫苗接種和健康評估。
- 病情穩定的慢性病況，例如糖尿病、關節炎、過敏、氣喘、高血壓和青光眼。
- 急性輕微疾病，例如感冒、喉嚨痛和耳朵感染。
- 可選擇安排時間的外科手術，例如病灶切除、拇指滑液囊腫切除、疝氣修復和子宮切除。

可允許轉到新的網絡內健康照護服務提供者的過渡期間是多久？

如果您符合持續照護的資格，便會授權可在指定期間 (通常是 90 天) 向經核准的網絡外健康照護服務提供者取得服務。或者會核准服務，直到照護已完成或順利轉到網絡內健康照護服務提供者為止 (以較早者為準)。

如果我因某種疾病而獲准接受過渡照護 / 持續照護，我的非相關病況能獲得網絡內承保嗎？

因過渡照護 / 持續照護而提供的網絡內承保級別僅適用特定疾病或病況，不適用其他疾病或病況。如果這是過渡照護要求，您必須在您的計畫生效後 30 天內填寫此表格。如果這是持續照護要求，則持續照護自您收到通知您，您的醫療服務提供者即將離開您計劃網絡的信函當天起三天後開始提供。持續照護通常從該日期起持續 90 天。您需要在此 90 天期間內要求獲得持續照護。

如果我目前並未接受治療或沒有去看健康照護服務提供者，我可以申請過渡照護 / 持續照護嗎？

您必須已經在接受過渡照護 / 持續照護申請表中註明病況的治療。

我該如何申請過渡照護 / 持續照護承保？

必須使用過渡照護 / 持續照護申請表，以書面方式提出申請。這份表格必須在投保時、變更醫療計畫時，或在您的健康照護服務提供者離開我們網絡時繳交。如果是過渡照護要求，若繳交此表格的時間超過您的計畫生效後 30 天，便無法受理。持續照護自您收到通知您，您的醫療服務提供者即將離開您計劃網絡的信函當天起三天後開始提供。持續照護通常從該日期起持續 90 天。您需要在此 90 天期間內要求獲得持續照護。我們收到您的申請後，便會審查和評估收到的資訊。然後，我們會寄信通知您，您的申請獲得核准或遭到拒絕。拒絕時，信中會有如何對判定結果提出上訴的資訊。

還有其他我需要知道的資訊嗎？

如果過渡照護 / 持續照護申請獲准，您的健康照護服務提供者將需聯絡 Cigna Healthcare，確認您目前正在接受或打算要接受的任何服務 (治療 / 外科手術等) 是否需要事先證明，並取得核准，確保這些服務屬於您計畫的承保範圍。

過渡照護 / 持續照護申請表

請參閱背面的填表說明。

- 新計畫參加者 (過渡照護申請人)
- 原客戶但其健康照護服務提供者合約終止 (持續照護申請人)
- 您的僱主已通知您可能符合持續照護資格 (持續照護申請人)

如為行為健康相關服務，請撥您會員卡背面的客戶服務電話號碼，與 Evernorth Behavioral Health 聯絡。每一種病況請單獨使用一份表格。可影印使用。必要時可附上額外資訊。



僱主	保單編號	員工投保計畫日期 (月 / 日 / 年)	
員工姓名	員工會員卡號碼	公司電話	
住家街道地址	城市州	郵遞區號	住家電話 / 手機
病患姓名	病患社會安全號碼或其他身分證件號碼	病患出生日期 (月 / 日 / 年)	與員工的關係 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 眷屬 <input type="checkbox"/> 本人

1. 病患是否懷孕？預產期 _____ (月 / 日 / 年) 是 否
2. 如為是，懷孕是否視為高風險？例如多胞胎、妊娠糖尿病等。 是 否
3. 是否要求輸液或注射藥物？ 是 否
如為是，請列出輸液或注射藥物的名稱 _____
4. 病患目前是否正在接受急性病況、慢性病況或創傷治療？ 是 否
5. 是否安排病患在您於我們的承保生效日期後接受外科手術或住院？ 是 否
6. 病患是否正在接受化療、放射線治療、癌症治療或末期照護？ 是 否
7. 病患是否因為近期的重大外科手術而正在接受治療？ 是 否
8. 病患是否正在接受洗腎治療？ 是 否
9. 病患是否正在等候器官移植？ 是 否
10. 您是否有收到通知，說明您的醫療服務提供者將不再屬於 Cigna 的網絡？ 是 否
如為是，請提供信函所列的日期 _____
11. 如果您對以上任何問題的答案並非「是」，請說明病患申請過渡照護 / 持續照護的病況。

12. 請填寫以下要求的健康照護服務提供者資訊。

聯合診所名稱		
健康照護服務提供者姓名 / 名稱	健康照護服務提供者電話號碼	
健康照護服務提供者專科		
健康照護服務提供者地址		
健康照護服務提供者執業的醫院	醫院電話號碼	
醫院地址		
理由 / 診斷		
住院日期 (月 / 日 / 年)	外科手術日期 (月 / 日 / 年)	外科手術類型
正在接受的治療和預期持續期間		

13. 該病患是否預期會在我們承保開始時或接下來 90 天內住院？ 是 否
14. 請列出可能符合過渡照護 / 持續照護資格的任何其他持續照護需求。如果這些照護需求與您申請過渡照護 / 持續照護承保的病況無關，您必須單獨填寫一份過渡照護 / 持續照護申請表。

我在此授權以上健康照護服務提供者向 Cigna Health and Life Insurance Company 或其關係企業和特約單位提供任何必要資訊和病歷，以便對我的過渡照護 / 持續照護申請做知情決定。本人瞭解本人有權取得本授權申請表的副本。	
病患、父母或監護人簽名	日期 (月 / 日 / 年)

如為醫療相關服務時，請將本申請表繳交至：

Cigna Healthcare, Attn: Precertification and Referral Department, 2nd Floor, 1640 Dallas Parkway, Plano, TX 75093;
傳真 866.729.0432

過渡照護 / 持續照護申請會在收件起 10 日內審查。若是新客戶，將於計畫參加者生效日期起 10 天內審查。器官移植申請的審查可能會超過 10 天。

過渡照護 / 持續照護申請表填寫說明

備註:如果您投保的是 Cigna HealthCare of California, Inc. 計畫, 請勿使用此表格申請過渡照護。請與 Cigna HealthcareSM 聯絡, 索取 Cigna HealthCare of California, Inc. 過渡照護手冊。

針對您和 (或) 您的受保眷屬想要取得過渡照護 / 持續照護的每一種病況, 您都必須單獨填寫一份過渡照護 / 持續照護申請表。請務必完整回答每一個問題。填好表格後, 必須由申請過渡照護 / 持續照護的病患簽名。如病患為未成年人, 須由監護人簽名。

為能確保及時審查您的申請, 請儘速將表格交回。您必須在您的計畫生效日期起 30 天內或在您的醫療服務提供者終止日期或您的雇主已通知您可能符合持續照護資格起 30 天內申請過渡照護 / 持續照護。

本表格前面幾個部分是員工適用欄位。表格問到病患姓名時, 請填寫正在接受照護且要申請過渡照護 / 持續照護者的姓名。



如果您對問題 1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 或 11 的回答為「是」, 或您是為了任何其他非精神健康照護服務的過渡照護 / 持續照護而繳交本申請表, 請將本申請表繳交至:

郵寄: Cigna Healthcare, Attn:
Precertification and Referral Department,
2nd Floor, 1640 Dallas Parkway,
Plano, TX 75093
傳真: 866.729.0432

如果您第 10 題的回答為「是」, 而且您:

1. 有 HMO、POS 或網絡計畫, 請撥您會員卡背面的客戶服務電話號碼, 與 Evernorth Behavioral Health 聯絡取得過渡照護 / 持續照護資訊。
2. 有任何其他計畫類型且正在接受門診精神健康服務, 您應採取下列行動之一:
 - 如果您的雇主在您團體的開放投保期間引進 Cigna Healthcare 管理的計畫做為新選項, 您不須繳交過渡照護 / 持續照護申請表。
 - 如果您是特聘員工, 或您最近才選擇您的雇主原已提供的 Cigna Healthcare 管理的計畫選項, 您必須填寫過渡照護 / 持續照護申請表, 並將此表格繳交至您的 Cigna Healthcare 理賠辦公室。地址是 PO Box 18223, Chattanooga, TN 37422-7223
3. 正在接受住院、住宿、部分住院或密集門診服務, 無論您的計畫類型為何, 都請您撥打 (或請您的健康照護服務提供者撥打) 您會員卡背面的客戶服務部號碼。如果您還沒有收到會員卡, 請致電 800.244.6224。

第 10 題請包括您目前或建議治療計畫的資訊, 以及預估您的治療將會持續多久時間。如已安排外科手術, 請說明外科手術類型和建議日期。

第 13 題請簡短敘述健康病況、何時開始、目前由哪一位健康照護服務提供者治療, 以及您多久去看一次這位健康照護服務提供者。請儘量具體回答。

過渡照護 / 持續照護申請會在收件起 10 日內審查。若是新客戶, 將於計畫生效日期起 10 天內審查。器官移植申請的審查可能會超過 10 天。



是否提供產品可能因計畫類型和地點而不同, 並可能會有改變。所有團體健康保險保單和健康福利計畫都有排除和限制項目。有關費用和承保範圍的詳細內容, 請參閱您的計畫文件或聯絡 Cigna Healthcare 代表。

Cigna Healthcare 產品和服務均完全由 The Cigna Group 之營運子公司提供或透過其提供, 包括 Cigna Health and Life Insurance Company (Bloomfield, CT) (CHLIC) \ Connecticut General Life Insurance Company \ Evernorth Behavioral Health, Inc. \ Evernorth Care Solutions, Inc. \ Express Scripts, Inc. 或其關係企業, 以及 Cigna Health Corporation 的 HMO 或服務公司子公司, 包括 Cigna HealthCare of Arizona, Inc. \ Cigna HealthCare of California, Inc. \ Cigna HealthCare of Colorado, Inc. \ Cigna HealthCare of Connecticut, Inc. \ Cigna HealthCare of Florida, Inc. \ Cigna HealthCare of Georgia, Inc. \ Cigna HealthCare of Illinois, Inc. \ Cigna HealthCare of Indiana, Inc. \ Cigna HealthCare of St. Louis, Inc. \ Cigna HealthCare of North Carolina, Inc. \ Cigna HealthCare of New Jersey, Inc. \ Cigna HealthCare of South Carolina, Inc. \ Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. (CHC-TN) 和 Cigna HealthCare of Texas, Inc. 保單表格: OK - HP-APP-1 等, OR - HP-POL38.02-13 \ TN - HP-POL43/HC-CER1V1 等 (CHLIC); GSA-COVER 等 (CHC-TN)。

915092TC h 10/24 © 2024 Cigna Healthcare. 某些內容經授權提供。