



MassHealth 临终关怀选择表

临终关怀提供者必须通过 MassHealth LTSS 服务提供者门户网站以电子方式提交“MassHealth 临终关怀选择表”，或将本纸质表格送交给 Fee-for-Service (FFS) 和注册参加 Primary Clinician Plan (PCC 计划) 或在以下情况下注册参加 Primary Care ACO Plan 的 MassHealth 会员的 MassHealth 临终关怀部：

- MassHealth 会员 (包括双重资格会员) 选择临终关怀服务、撤销临终关怀服务或更换临终关怀提供者；或者
- 临终关怀提供者取消会员的临终关怀服务。

重要事项：除非已提交填妥的“MassHealth 临终关怀选择表”，否则 MassHealth 不会支付临终关怀服务费用，并且 MassHealth 不会支付在表格中填写的生效日期前提供的临终关怀服务费用。临终关怀服务生效日期不得早于会员或会员代表签署该表的日期。

注意

- 对于已注册参加 Managed Care Plan 或 Integrated Care Plan (统称为“保健计划”) 的 MassHealth 会员，临终关怀提供者必须与 MassHealth 会员和会员的保健计划协调，以便会员选择 MassHealth 临终关怀福利。为已注册参加保健计划的会员提交本表可能会导致该会员无意中退出保健计划。
- 所有同时拥有 Medicare 保险的 MassHealth 会员 (“双重资格会员”) 必须同时选择和撤销 MassHealth 和 Medicare 临终关怀福利。对于已注册参加 Integrated Care Plan (One Care、PACE 或 SCO) 的双重资格会员，临终关怀提供者必须与 MassHealth 会员和会员的保健计划协调，以便会员选择 MassHealth 和 Medicare 临终关怀福利。

填写表格说明 (仅填写与您的选择相关部分的签名部分)

对于选择临终关怀的会员

- 填写 A、B、C 和 D 部分

对于更换临终关怀提供者的会员

- 填写 A、B、C 和 E 部分
- 新指定的临终关怀提供者需要填写本部分。

对于撤销临终关怀选择的会员

- 填写 A、B、C 和 F 部分

对于正在退保或已退保的会员

- 填写 A、B、C 和 G 部分

对于希望获得 MassHealth 资格的个人

- 填写 A、B、C 和 H 部分
- 在 MassHealth 批准包括临终关怀服务的会员承保类型后，临终关怀提供者必须向 MassHealth 提交本临终关怀选择表。

提交说明

临终关怀提供者可以通过 MassHealth LTSS 服务提供者门户网站以电子方式在以下网站提交本表：

www.masshealthltss.com。

临终关怀提供者亦可通过以下方式提交填妥的表格：

传真：(855) 656-3381 或 邮寄：

MassHealth LTSS-Hospice Enrollment Unit
PO Box 159108
Boston, MA 02215

如果您对本表有疑问，请电洽 MassHealth LTSS 服务提供者服务中心，电话号码 (844) 368-5184。

A 部分:服务提供者信息 (必须填写)

MassHealth 临终关怀提供者号码 	临终关怀提供者电话号码 	服务提供者 NPI 号码
临终关怀提供者名称	临终关怀提供者地址	
护理设施名称 (如适用)	护理设施 NPI 号码 (如适用) 	
护理设施地址 (如适用)		

B 部分:会员信息 (必须填写)

MassHealth 会员号码 	会员姓名 (姓、名、中间名首字母)	会员电话号码
会员地址 (街道和街道号码、公寓号码、城市、州和邮政编码)		

会员出生日期 _____ / _____ / _____ 儿科患者 (21 岁以下)
 是 否

! MassHealth 临终关怀的生效日期不得早于会员或会员代表签署选择表的日期。

临终关怀机构入住日期 ____ / ____ / ____	MassHealth 临终关怀生效日期 ____ / ____ / ____	临终关怀诊断代码 (ICD-10)
主治医生姓名 (如适用)		主治医生电话号码 (如适用)

C 部分:MassHealth、Medicare 和其他保险信息 (必须填写)

会员在临终关怀机构入住时是 MassHealth 会员 是 否
如果回答“否”，请查阅 H 部分: 希望获得 MassHealth 资格的个人

会员还有 Medicare <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答“是”，会员 Medicare 受益人 ID 号码 	Medicare 临终关怀选择日期 (如适用) ____ / ____ / ____
--	---

其他保险信息

会员有另一种提供临终关怀福利的保险 (如知道) 是 否

保险公司名称 (如适用)	保单号码 (如适用)
--------------	------------

D 部分:选择声明 (如适用)

- 我确认已有人向我作出充分的解释, 我理解临终关怀的目的。临终关怀旨在缓解与我的绝症和相关病症有关的疼痛和其他症状, 而不是为了治愈。临终关怀的重点是向我和我的家人/护理人员提供安慰和支持。
- 我同意接受以下临终关怀提供者提供的所有临终关怀服务。我理解, 除非我签署表格停止临终关怀服务或更换临终关怀提供者, 否则我必须继续从以下临终关怀提供者处接受所有临终关怀服务。

c) 对于 21 岁及以上的会员:我理解,我选择 MassHealth 临终关怀福利提供的临终关怀护理,表示我放弃与我的绝症和相关病症治疗有关的任何 MassHealth 服务的 MassHealth 福利的所有权利(不包括护理设施的食宿)。我理解,在本选择生效期间,MassHealth 将仅向我选择的指定临终关怀机构和主治医生支付与我的绝症和相关病症有关的护理费用。

d) 我理解,与我的绝症或相关病症无关的服务将继续符合 MassHealth 的承保资格。

e) 我理解,如果我同时有 MassHealth 和 Medicare,我必须同时选择 MassHealth 临终关怀福利和 Medicare 临终关怀福利。

我确认和理解上述内容,并选择从以下机构接受 MassHealth 临终关怀服务

_____ 开始日期为 _____
(临终关怀提供者) (选择生效日期)

! 重要事项:选择生效日期不得早于会员或会员代表签署本表的日期。

注释:选择临终关怀服务的 21 岁以下 MassHealth 会员并不放弃接受与绝症和相关病症治疗有关的 MassHealth 承保的权利。

MassHealth 会员 法定监护人/经授权代表 签名 _____ / _____ / _____
签名日期

本表可以手工签名然后扫描,也可以使用数字签名工具(例如 DocuSign 或 Adobe Sign)进行电子签名。如果是电子签名,签名者可以上传用笔签署的签名图片。打字签名文本不是可接受的电子签名形式。

法定监护人/经授权代表姓名(如适用)	法定监护人/经授权代表与会员的关系
--------------------	-------------------

E 部分:更换临终关怀提供者(如适用)

新指定的 MassHealth 临终关怀提供者	新指定的 MassHealth 临终关怀提供者号码
新指定的 MassHealth 临终关怀提供者 NPI 号码 	
会员姓名(姓、名、中间名首字母)	会员出生日期 ____ / ____ / _____
MassHealth 会员号码 	目前的临终关怀提供者名称
从以前的临终关怀提供者的临终关怀机构出院生效日期 ____ / ____ / _____	
选择新指定的临终关怀提供者的生效日期 ____ / ____ / _____	注释:选择新指定的临终关怀提供者的生效日期可能与从以前的临终关怀提供者机构出院日期不同。

我想更换一个不同的临终关怀提供者。

_____ / _____ / _____
 MassHealth 会员 法定监护人/经授权代表 签名 签名日期

本表可以手工签名然后扫描,也可以使用数字签名工具(例如 DocuSign 或 Adobe Sign)进行电子签名。如果是电子签名,签名者可以上传用笔签署的签名图片。打字签名文本不是可接受的电子签名形式。

法定监护人/经授权代表姓名(如适用)	法定监护人/经授权代表与会员的关系
--------------------	-------------------

F 部分: 撤销临终关怀选择 (如适用)

MassHealth 临终关怀提供者号码 	服务提供者 NPI 号码 	
会员姓名 (姓、名、中间名首字母)	会员出生日期 ____ / ____ / ____	
MassHealth 会员号码 	撤销生效日期 ____ / ____ / ____	
会员还有 Medicare <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答“是”, Medicare 撤销临终关怀选择生效日期 ____ / ____ / ____		

我选择撤销 MassHealth 临终关怀福利选择, 并确认以下内容。

- a) 除非我填写新选择表, 否则我将不再接受 MassHealth 临终关怀服务。如果我有资格获得临终关怀服务, 我可以随时填写新选择表。
- b) 通过撤销我的 MassHealth 临终关怀福利选择, 我不再放弃接受 MassHealth 承保的其他服务的权利。

除上述确认外, 我理解, 如果我同时有 MassHealth 和 Medicare, 我必须同时撤销 MassHealth 临终关怀福利和 Medicare 临终关怀福利。

____ / ____ / ____
 MassHealth 会员 法定监护人/经授权代表 签名 签名日期

本表可以手工签名然后扫描, 也可以使用数字签名工具 (例如 DocuSign 或 Adobe Sign) 进行电子签名。如果是电子签名, 签名者可以上传用笔签署的签名图片。打字签名文本不是可接受的电子签名形式。

法定监护人/经授权代表姓名 (如适用)	法定监护人/经授权代表与会员的关系
---------------------	-------------------

G 部分: 取消临终关怀 (如适用)

MassHealth 临终关怀提供者号码 	服务提供者 NPI 号码 	
会员姓名 (姓、名、中间名首字母)	会员出生日期 ____ / ____ / ____	
MassHealth 会员号码 	取消生效日期 ____ / ____ / ____	

取消类型 (请勾选以下一个方框)

- 会员不再患有绝症。(会员的健康状况已改善, 六个月预后发生了变化。)
- 会员已选择在临终关怀提供者未与之签约的住院设施接受护理。
- 会员已注册参加管理式保健计划, 该项计划将管理会员的医疗保健需求。(请参阅选择表第 1 页“注意”段落中的解释。)
- 会员已搬出临终关怀提供者的服务区域。
- 根据 42 CFR 418.26(a)(3) 的规定, 由于患者 (或患者家中其他人) 的行为具有破坏性、虐待性或不合作, 严重影响向患者提供护理服务或临终关怀机构有效运作的的能力, 因此因故取消临终关怀。通过选择本方框, 临终关怀提供者确认
- a) 已告知患者正在考虑因故取消临终关怀;
- b) 已认真努力解决患者行为或情况带来的问题;
- c) 已确定提议的患者取消临终关怀并非由于患者使用必要的临终关怀服务; 以及

d) 已记录问题以及为解决问题做出的努力, 并已将该文档放入其医疗记录中。

其他 (详细解释)

_____ / _____ / _____
填写本表的临终关怀提供者工作人员签名 签名日期

本表可以手工签名然后扫描, 也可以使用数字签名工具 (例如 DocuSign 或 Adobe Sign) 进行电子签名。如果是电子签名, 签名者可以上传用笔签署的签名图片。打字签名文本不是可接受的电子签名形式。

_____ / _____ / _____
填写本表的临终关怀提供者工作人员用大写字母填写的姓名

H 部分: 希望获得 MassHealth 资格的个人 (如适用)

对于以下两种情况, 必须填写本部分 (如适用)。填写本部分后, MassHealth 承保个人临终关怀服务的开始日期不早于以下个人或个人代表的签名日期, 并根据个人 MassHealth 承保的生效日期确定。

个人在入住临终关怀机构时符合以下标准 是 否

1. 个人证明他们或其法律代表已提交“马萨诸塞州医疗和牙科保险及帮助支付费用申请表”(ACA-3) 或“年长者和需要长期护理服务的人的医疗保险申请表”(SACA-2), 正在等待 MassHealth 资格确认。向 MassHealth 提交申请表的日期 (如已知):

_____ / _____ / _____

或者

2. 个人目前尚未注册参加 MassHealth, 但可能在今后申请 MassHealth 保险。

如果回答“是”, 请与该个人和/或该个人的代表一起审查以下选择声明。

选择声明

- a) 我确认已有人向我作出充分的解释, 我理解临终关怀的目的。临终关怀旨在缓解与我的绝症和相关病症有关的疼痛和其他症状, 而不是为了治愈。临终关怀的重点是向我和我的家人/护理人员提供安慰和支持。
- b) 我确认, 如果我注册参加包括临终关怀服务的 MassHealth 保险类型, 我同意接受下列临终关怀提供者提供的所有临终关怀服务。我理解, 除非我签署表格停止临终关怀服务或更换临终关怀提供者, 否则我必须继续从以下临终关怀提供者处接受所有临终关怀服务。
- c) 对于 21 岁及以上的会员: 我确认, 如果我登记参加包括临终关怀服务的 MassHealth 承保类型, 我理解通过选择 MassHealth 临终关怀福利提供的临终关怀护理, 我放弃与我的绝症和相关病症治疗有关的任何 MassHealth 服务的 MassHealth 福利 (不包括护理设施的食宿) 的所有权利。我理解, 在本选择生效期间, MassHealth 将仅向我选择的指定临终关怀机构和主治医生支付与我的绝症和相关病症有关的护理费用。
- d) 我理解, 如果我注册参加包括临终关怀服务的 MassHealth 承保类型, 与我的绝症或相关病症无关的服务将继续有资格获得 MassHealth 承保。
- e) 我理解, 如果我注册参加包括临终关怀服务的 MassHealth 承保类型, 并同时有 Medicare, 我必须同时选择 MassHealth 临终关怀福利和 Medicare 临终关怀福利。

我确认和理解上述内容, 如果我注册参加包括临终关怀服务的 MassHealth 保险类型, 我选择从以下机构接受临终关怀服务:

_____ 开始日期为 _____
(临终关怀提供者) (选择生效日期)

