

## 연속 진료 요청 양식

### 연속 진료의 목적

연속 진료는 다음과 같은 경우 가입자가 지속적인 진료를 받을 수 있도록 하기 위함입니다.

- 참여 의료제공자가 제휴하고 있는 네트워크가 서비스 제공을 중단하는 경우
- 현재 이용 중인 의료제공자가 참여하지 않는 네트워크에 최근에 가입한 경우

### 양식 작성

가입자는 다음과 같은 경우 연속 진료를 요청할 수 있습니다.

- 지속적인 치료가 필요한 장기간 지속되는 건강 문제로 치료를 받고 있는 경우
  - **급성 질환**은 질병, 부상 또는 기타 의학적 문제로 인해 급작스런 증상의 발현을 수반하는 의료적 상태입니다. 급성 질환은 즉각적인 치료가 필요하며 제한된 일정 기간 동안 지속됩니다.
  - **심각한 만성 질환**은 본질적으로 심각한 질병, 질환 또는 기타 의학적 문제로 인한 의료적 상태입니다. 심각한 만성 질환은 완치 없이 지속되거나 시간이 지남에 따라 악화되거나 또는 증상 완화를 유지하고 악화를 예방하기 위해서는 지속적인 치료가 필요한 질환입니다.
  - 귀하의 보험/혜택에 포함된 서비스는 치료 계획을 완료하거나 귀하가 안전하게 다른 의료제공자에게 이전할 수 있을 때까지 지속될 수 있습니다.
- 임신, 임신 기간 동안 및 임신 후 진료
- 신생아 또는 36개월 이하의 아기가 있는 경우
- 정신 건강에 문제가 있는 경우
- 완치할 수 없고 사망에 이를 수도 있는 질병이 있는 경우
- 시작일로부터 180일 이내에 이미 계획된 수술이나 기타 치료가 있는 경우, 이전 플랜이나 귀하께 배정된 의료제공자로부터 승인을 받아야 합니다.

### 예외

Blue Shield of California Promise Health Plan은 의료제공자의 보호가 보험적용을 하지 않는 서비스에 대해 연속 진료를 제공할 필요가 없습니다. 의료제공자 연속 진료 보호에는 다음 용품이나 서비스가 포함되지 않습니다.

- 기타 부가 서비스
- 분리된 서비스 제공자

Blue Shield Promise는 다음에 대해서 연속 진료 요청 제출을 요구하지 않습니다.

- 내구성 의료 장비
- 운송

귀하가 치료를 받고 있거나 치료가 예정되어 있는 경우 귀하 또는 귀하의 Blue Shield Promise 승인 대리인이 아래 양식을 작성할 수 있습니다. 이 양식은 귀하의 진료가 중단되지 않도록 하는 데 도움이 됩니다.

현재 의사의 진료를 계속 받고 싶은 각 가입자에 대해 양식을 작성하십시오. 질문이 있는 경우 가입자 ID 카드에 있는 고객 관리 번호로 전화하시면 됩니다.

## 계약자 정보

계약자 이름:

주소:

시:	주:	우편번호:
생년월일:	가입자 ID 번호:	
고용주 그룹 이름:	Kaiser ID 번호(해당하는 경우):	
집 전화번호:	핸드폰 번호:	
이전 건강보험사 이름:		보험/혜택 종료 날짜:

## 환자 정보

가입자 이름(계약자와 다른 경우):

시:	주:	우편번호:
생년월일:	계약자와의 관계:	
이전 건강보험사 이름:		보험/혜택 종료 날짜:
가입자는 현재 병원에 입원 중입니까? <input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요		
'예'인 경우, 병원 이름:	국가 의료제공자 식별자(NPI):	
가입자는 현재 가정 간호 또는 호스피스 서비스를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요		
'예'인 경우, 가정 간호 의료제공자 또는 호스피스 의료제공자의 이름:		
의료제공자 전화번호:	의료제공자 팩스 번호:	
시:	주:	우편번호:
가입자에게 말기 질환이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요		
가입자가 임신한 경우, 출산 예정일은 언제입니까?		
출산 병원/시설 이름:		
시설 전화번호:	시설 팩스 번호:	

## 의료제공자 정보

요청하는 의료제공자의 이름과 성:

국가 의료제공자 식별자(NPI):	청구 세금 ID 번호	
의료제공자 주소:		
시:	주:	우편번호:
의료제공자 전문 분야:		
의료제공자 전화번호:	의료제공자 팩스 번호:	
치료 중인 질환/진단(가능한 경우 ICD-10 코드 기재):		
치료(가능한 경우 CPT 코드 기재):		
의료제공자와의 최초 시작 날짜:	마지막 의료제공자 사무실 방문 날짜:	
이유:		
다음 예약/치료 날짜:		

## 고려할 추가 정보

고려할 추가 정보를 아래에 기재하십시오.

---

작성한 양식을 다음 주소로 우편이나 팩스로 보내주십시오.

Blue Shield Promise Health Plan  
PO Box 629005  
El Dorado Hills, CA 95762  
팩스: (855) 895-3506

더 궁금한 사항이 있으신 경우 고객 관리에 문의하십시오.

### Medi-Cal

Medi-Cal(로스앤젤레스) 고객 관리:  
1-800-605-2556(TTY: 711)  
월요일부터 금요일, 오전 8시~오후 6시

Medi-Cal(San Diego) 고객 관리:  
1-855-699-5557(TTY: 711)  
월요일부터 금요일, 오전 8시~오후 6시

---

이 팩스 전송에는 보호되고 특권이 있는 극비 의료 정보, 개인 및 비공개 건강 정보(PHI) 및/또는 법적 정보가 포함될 수 있습니다.

이 정보는 위에 언급된 개인이나 법인만이 사용할 수 있습니다.

귀하가 이 자료의 의도된 수신자가 아닌 경우 해당 자료를 사용, 출판, 토론, 유포 또는 기타 방식으로 배포할 수 없습니다. 귀하가 의도된 수신자가 아니거나 이 전송을 잘못 수신한 경우 즉시 발신인에게 알리고 실수로 전송된 정보를 **비밀리에** 파기하십시오. 적절한 기밀 보장에 도움을 주셔서 감사합니다.