

진료 연속성은 고용주가 플랜을 변경하거나, 의료 서비스 제공자가 참여하는 의료 서비스 제공자 네트워크에서 제외되었거나, 건강 플랜이 시장에서 철수한 경우에도 특정 상황에서 가입자가 기존 의료 서비스 제공자로부터 계속 치료를 받을 수 있도록 하는 절차입니다. 보장은 가입한 플랜의 이용약관 및 귀하가 치료받고 있는 상태에 따라 달라집니다.

특정 기준을 충족하면 현재 담당의에게 계속 치료를 받을 수 있습니다. blueshieldca.com/forms에서 Blue Shield of California의 진료 연속성 책자를 검토하십시오.

아래 정보를 검토하여 내가 적격인지 확인할 수도 있습니다. 도움이 필요하면 본 양식 3페이지에 기재된 고객 서비스부 전화번호로 연락해 주십시오.

지침:

본 양식의 파트 1을 검토하십시오. 본 양식에서는 진료 연속성 서비스를 위한 자격을 갖추는 방법에 대한 개요를 다루고 있습니다.

참고: 이는 귀하의 플랜의 자격 및 조건에 따릅니다.

본 양식의 파트 2를 작성하여 가입자가 받고 있는 치료 및 가입자의 치료에 관여하는 의료 서비스제공자에 대한 정보를 요청합니다.

다음과 같은 요청한 치료 문서를 첨부하여 파트 3을 작성하십시오.

- 가입자 담당 의료 서비스 제공자의 현재 경과 기록 및
- 가입자의 치료 플랜(별도인 경우)

인증 및 승인 섹션을 포함하여 파트 4를 검토합니다.

파트 1 – 적격한 의학적 상태:

가입한 플랜에 따라 다음과 같은 조건이 있는 경우 현재 의료 서비스 제공자를 통해 치료를 계속 받을 자격이 있을 수 있습니다(기간은 다를 수 있음).

- 말기 질환
- 급성 의학적 상태, 정신 건강 상태 또는 약물 남용 장애나 산모의 정신 건강 상태에 대한 적극적인 치료 과정
- 심각하고 복잡한 상태에 대한 치료 또는 심각한 만성 상태에 대한 적극적인 치료 과정의 일부
- 임신 기간과 관계없는 임신 관리 또는 산후 관리
- 36개월 이하의 신생아 돌봄
- Blue Shield의 새로운 보장 시작일 또는 귀하의 의료 서비스 제공자 종료일로부터 180일 이내에 의료 서비스 제공자가 권장하고 문서화한 치료 과정의 일부로 플랜에서 이전에 승인한 수술 또는 기타 시술
- 진행 중인 기관 또는 입원 치료 과정

파트 2 - 현재 치료 및 의료 서비스 제공자에 대한 정보

다음 확인란 중 하나를 선택해 주십시오. 의료 행동 건강(정신 건강/약물 사용)

환자 정보

이름:	구독 ID:	
주소:		
시:	주:	우편번호:
생년월일:	주 가입자와의 관계:	
기본 전화번호:	보조 전화번호:	
고용주가 건강 플랜을 변경하고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요	
이전 건강 보험 회사(해당하는 경우):		
Kaiser 의료 기록 번호(해당하는 경우):	CalPERS 가입자: <input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요	
보장 종료 날짜:	이전 건강 플랜이 아직 제공되고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요	

환자 의료 정보

임신한 경우, 출산 예정일은 언제입니까?		
출산 예정 병원/시설 이름:	산부인과 이름:	
가입자가 현재 입원해 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요	병원 이름:	
가입자가 말기 상태입니까?		
고려해야 할 추가 정보		
고려해야 할 추가 정보를 전부 작성해 주십시오.		

의료 서비스 제공자 정보

요청 의료 서비스 제공자 성명:		
국내 제공자 식별 번호(NPI):	청구 세금 ID 번호:	
주소:		
시:	주:	우편번호:
전화번호:	팩스 번호:	
의료 서비스 제공자 전문 분야:		
치료 중인 상태/진단(해당하는 경우 ICD-10):		
예약된 치료 현재 절차 용어(CPT) 코드(해당하는 경우):		
최근 진료소 방문/치료일:		
다음 예약/치료일:		

시설 정보(실제 주소 포함)

시설명:		
국가 의료 서비스 제공자 식별 정보(NPI):	청구 세금 ID 번호:	
주소:		
시:	주:	우편번호:
전화번호:	팩스 번호:	
치료 중인 질환/진단(ICD-10 코드, 해당하는 경우):		
치료 CPT 코드, 해당하는 경우:		

파트 3 – 각 제공자에 대해 다음 문서를 첨부하십시오

- 가입자 담당 의료 서비스 제공자의 현재 경과 기록 및
- 가입자의 치료 플랜(별도인 경우)

파트 4 – 검토

유의 사항:

- 1) 담당 의료 서비스 제공자가 서비스 지속에 동의하지 않는 경우, 진료 연속성 서비스가 제공되지 않을 수 있습니다.
- 2) 진료 연속성 서비스를 받을 때 담당 의료 서비스 제공자는 선호 의료 서비스 제공자에 대한 표준 비용 분담금(본인 부담금/공동 보험금)만 징수할 수 있습니다. 의료 서비스 제공자는 Blue Shield의 허용 금액을 초과하는 비용에 대해 귀하에게 잔액을 청구할 수 없습니다.

가입자 인증 및 승인

Blue Shield는 본 양식의 모든 진술과 첨부된 모든 문서가 귀하의 지식과 신념에 따라 진실되고 정확하며 완전하게 작성되었다는 이해를 바탕으로 진료 연속성 요청을 처리할 것입니다. 가입자는 의사, 의료 시설 및 기타 건강 관리 서비스 제공자, 보험사, 병원 또는 의료 서비스 플랜이 환자가 수령한 질병과 관련된 모든 정보를 Blue Shield 또는 대리인, 직원에게 언제든지 제공할 수 있도록 승인합니다.

귀하를 보호하려면 캘리포니아법에 따라 본 양식에 다음 사항을 기재해야 합니다. 보험 보장을 적용 또는 변경하거나 손해배상을 청구하기 위해 고의로 허위 또는 사기성 정보를 제공하는 사람은 범죄자에 해당하며 벌금이 부과되거나 주 교도소에 구금될 수 있습니다.

응답 가입자 이름:

가입자에게 연락 가능한 전화번호:

의료 요청

본 양식을 우편으로 제출하려면 다음 주소로 보내주십시오.
Blue Shield of California
Attn: Continuity of Care Team
P.O. Box 272580
Chico, CA 95927-2580

이 양식을 전송할 팩스 번호: (855) 895-3506

가입자는 고객 서비스부에 전화하여 전화로 양식을 작성하는 데 도움을 받을 수도 있습니다. 고객 서비스부 전화번호는 Blue Shield 가입자 ID 카드의 뒷면에서 확인할 수 있으며, 개인 및 가족 플랜의 경우 **(800) 443-5005번**, Medicare 플랜의 경우 **(800) 393-6130번**으로 전화하십시오. 이 전화번호도 **blueshieldca.com**에서 온라인으로 확인할 수 있습니다.

행동 건강 요청 (정신 건강/ 약물 사용)

본 양식을 우편으로 제출하려면 다음 주소로 보내주십시오.
Blue Shield of California
Attn: BH Continuity of Care Team
P.O. Box 272580
Chico, CA 95927-2580

이 양식을 전송할 팩스 번호: (844) 742-1153

가입자는 고객 서비스부에 **(800) 308-9078번**으로 전화할 수도 있습니다. 이 전화번호는 **blueshieldca.com**에서 온라인으로 확인할 수도 있습니다.

본 팩스 전송에는 권한이 지정되고 보호받는 매우 기밀성이 높은 의료 정보, 개인 및 건강 정보(PHI) 및/또는 법적 정보가 포함될 수 있습니다. 본 정보는 상기에 명시된 개인 또는 단체만 사용할 수 있습니다.

만일 본 자료의 지정된 수신인이 아닌 경우, 이를 사용, 출판, 논의, 전파 또는 배포할 수 없습니다. 만일 본 자료의 지정된 수신인이 아니거나, 전송 오류로 인해 수신한 경우, 발송인에게 즉시 알리고 오류로 전송된 본 정보를 **안전하게** 파기하십시오.

기밀을 적절히 관리하도록 도움을 주셔서 감사합니다.

발효일: 2025년 10월