

진료 연속성은 플랜을 변경한 가입자가 지속적으로 치료를 받을 수 있도록 하는 프로세스입니다. 이는 계획이나 의료 서비스 제공자가 참여 의료 서비스 제공자 네트워크에서 종료된 경우에도 적용됩니다. 보장 범위는 플랜의 이용 약관에 따라 다릅니다.

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

아래 정보를 검토하여 본인이 적절한지 확인할 수도 있습니다. 도움이 필요하면 Blue Shield 가입자 ID 카드에 기재된 고객 서비스부 전화번호로 연락해 주십시오.

정산 건강 서비스의 경우, Blue Shield 가입자 ID 카드에 기재된 정신 건강 고객 서비스부 번호로 정신 건강 서비스 관리자에게 문의하십시오.

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 계획(별도인 경우)

인증 및 승인 상자를 포함하여 파트 4 검토하십시오

파트 1 – 적절한 의학적 상태:

플랜에 따라 가입자는 다음과 같은 특정 서비스에 대한 지속적인 치료를 받을 수 있습니다.

- 계약 종료일 또는 신규 등록자의 보장 발효일로부터 12개월을 초과할 수 있는 말기 질환 치료.
- 급성 의학적 상태, 정신 건강 상태 또는 약물 남용 장애나 산모의 정신 건강 상태에 대한 적극적인 치료 과정. 이러한 치료는 제한된 시간 내에 신속한 의료 처치가 필요하며, 치료를 계약 제공자에게 이관할 수 있어야 합니다.
- 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.
- 이전에 의료 서비스 제공자가 권장하고 기록한 수술이나 기타 치료. 이 수술은 담당 의사 또는 병원이 귀하의 건강 플랜에서 탈퇴하고 Blue Shield의 승인을 받은 날로부터 180일 이내에 이루어져야 합니다.
- 입원 치료(Consolidated Appropriation Act(CAA, 연방 통합 예산법)의 연방 검토하십시오 제113조에 따라 식별됨)

파트 2 – 현재 치료 및 의료 서비스 제공자에 대한 정보

환자 정보

이름:	주 가입자 ID:			
주소:				
시:	주:	우편번호:		
생년월일:	주 가입자와의 관계:			
기본 전화번호:	보조 전화번호:			
고용주가 건강 플랜을 변경하고 있습니까?	☐ 예 또는 ☐ 아니요			
이전 건강 보험 회사(해당하는 경우):				
Kaiser 의료 기록 번호(해당하는 경우):	CalPERS 가입자: ☐ 예 또는 ☐ 아니요			
보장 종료 날짜:	이전 건강 플랜이 계속 제공됩니까? ☐ 예 또는 ☐ 아니요			
새 건강 플랜 이름:				
새로운 건강 플랜 발효일:				

환자 의료 정보

임신한 경우, 출산 예정일은 언제입니까?				
출산 예정 병원/시설 이름:	산부인과 이름:			
가입자가 현재 입원해있습니까? ☐ 예 또는 ☐ 아니요	병원 이름:			
가입자가 현재 가정 건강 관리 또는 호스피스를 받고 있습니까? ☐ 예 또는 ☐ 아니요				
가정 의료 서비스 또는 호스피스 제공자 이름:				
가정 의료 서비스 또는 호스피스 제공자 세금 ID:				
전화번호:	팩스 번호:			
가입자가 말기 상태입니까?				

고려해야 할 추가 정보

고려해야 할 추가 정보를 기재해 주십시오.

의료 서비스 제공자 정보

요청 의료 서비스 제공자 성명:				
National provider identifier(NPI, 국내 의료 서비스 제공자 식별 정보):	청구 세금 ID 번호			
주소:				
시:	주:	우편번호:		
전화번호:	팩스 번호:			
의료 서비스 제공자 전문 분야:				
치료 중인 상태/진단(해당하는 경우 ICD-10):				
치료(해당하는 경우 Current Procedural Terminology(CPT, 현행 시술 용어) 코드):				
최초 의료 제공 시작일:				
최근 진료소 방문/치료일:				
다음 예약/치료일:				

파트 3 – 각 의료 서비스 제공자에 대해 다음 문서를 첨부하십시오

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

파트 4 – 검토

유의 사항: Blue Shield는 다음 사항에 대한 치료 제공자의 서명된 동의를 받은 경우에만 진료 연속성 서비스를 승인할 수 있습니다.

- 1) Blue Shield의 표준 참여 제공 업체 계약 요금 수락
- 2) Blue Shield 가입자의 표준 본인부담금/공동 보험료만 징수
- 3) Blue Shield 가입자에게 금액 불일치로 발생한 모든 잔액의 청구를 자제함

가입 증명, 허가, 및 서명

본인은 이 모든 내용에 대한 진술과 제출한 모든 서류가 본인이 알고 믿는 범위에서 진실이며, 정확하고, 완전함을 증명합니다. 본인은 의사, 의료 시설 및 기타 건강 관리 서비스 제공자, 보험사, 병원, 또는 의료 서비스 플랜이 환자가 수령한 질병 관련 정보 전체를 Blue Shield 또는 대리인, 직원에게 언제든지 제공할 수 있도록 허가합니다.

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:

가입자 서명

서명 날짜

가입자에게 연락 가능한 전화번호:

본 양식을 우편으로 제출하려면 다음 주소로 보내주십시오.

Blue Shield of California
Attn: Continuity of Care Team
P.O. Box 629005
El Dorado Hills, CA 95762

본 양식을 전송할 팩스 번호:
(855) 895-3506

가입자는 전화로 고객 서비스부에 연락하여 양식을 작성하는 데 도움을 받을 수도 있습니다. 고객 서비스부 전화번호는 Blue Shield 가입자 ID 카드 뒷면에서 찾거나 개인 및 가족 플랜의 경우 (800) 443-5005번으로, Medicare 플랜의 경우 (800) 393-6130번으로 문의하여 확인할 수 있습니다. 이 전화번호는 [blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com)에서 온라인으로 확인할 수 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.

귀하가 본 자료의 지정된 수신인이 아닌 경우, 이를 사용, 출판, 논의, 전파 또는 배포할 수 없습니다. 귀하가 본 자료의 지정된 수신인이 아니거나 전송 오류로 인해 수신한 경우, 발송인에게 즉시 알리고 오류로 팩스 전송된 정보를 **비밀리에** 파기해 주십시오.

기밀을 적절히 관리하도록 도움을 주셔서 감사합니다.

발효일: 2024년 10월