

## 연속성 진료 요청 양식

연속성 진료는 플랜을 변경하거나, 참여하는 서비스 제공자 네트워크에서 플랜 또는 제공자가 종료된 가입자에 대한 지속적인 진료를 허용하는 프로세스입니다. 보장 범위는 플랜의 이용 약관에 따라 다릅니다.

특정 기준을 충족하면 현재 담당의에게 계속 치료를 받을 수 있습니다. [blueshieldca.com/forms](https://blueshieldca.com/forms)에서 Blue Shield의 연속성 진료 브로셔를 검토하십시오.

아래 정보를 검토하여 내가 적격인지 확인할 수도 있습니다. 도움이 필요한 경우 Blue Shield 가입자 ID 카드에 있는 가입자 서비스 번호로 연락하십시오.

### 지침:

이 양식의 **파트 1을 검토하십시오.** 이 양식에서는 연속성 진료 서비스를 위한 자격을 갖추는 방법에 대한 개요를 다루고 있습니다. 유의 사항: 이는 귀하의 플랜의 자격 및 조건에 따릅니다.

이 양식의 **파트 2를 작성하여** 가입자가 받고 있는 치료 및 가입자의 치료에 관여하는 제공자에 대한 정보를 요청합니다. 요청한 치료 문서를 첨부하여 **파트 3을 작성하십시오.**

- 가입자의 제공자와의 초기 상담에서 얻은 메모
- 가입자의 제공자의 마지막 3개 진행 기록
- 가입자의 치료 계획

인증 및 승인 상자를 포함하여 **파트 4 검토.**

### 파트 1 - 적격한 의학적 상태:

플랜 이용 약관에 따라 가입자는 다음과 같은 특정 서비스에 대한 지속적인 치료를 받을 수 있습니다.

- 입원 환자 치료
- 말기 질환 치료
- 급성 의학적 상태, 또는 산모의 정신 건강 상태 등, 정신 건강 또는 약물 남용 장애에 대한 적극적인 치료 과정
- 심각하고 복잡한 상태에 대한 치료 또는 심각한 만성 상태에 대한 적극적인 치료 과정의 일부
- 임신, 산후조리와 관계없이 관리
- 36개월 이하의 신생아 돌봄
- 예약된 비선택적 수술

## 파트 2 - 현재 치료 및 제공자에 대한 정보

### 환자 정보

성명:	구독 ID:	
주소:		
도시:	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):		
보장 종료 날짜:	이전 건강 플랜이 계속 제공됩니까? <input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요	
새 건강 플랜 이름:		
새로운 건강 플랜 발효일:		

### 환자 의료 정보

임신한 경우, 출산 예정일은 언제입니까?	
출산 예정 병원/시설 이름:	OB/GYN(산부인과) 이름:
가입자가 현재 입원한 상태입니까? <input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요	병원 이름:
가입자가 현재 가정 건강 관리 또는 호스피스를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요	
가정 건강 관리 제공자 또는 호스피스 제공자 이름:	
가정 건강 관리 제공자 또는 호스피스 제공자 세금 ID:	
전화번호:	팩스 번호:
가입자가 말기 상태입니까?	

### 고려해야 할 추가 정보

고려해야 할 추가 정보를 전부 작성해주세요.

### 의료 제공자 정보 1

요청 의료 제공자 성명:		
국내 제공자 식별 번호(NPI):	청구 세금 ID 번호	
주소:		
도시:	주:	우편번호:
전화번호:	팩스 번호:	
의료 제공자 전문 분야:		
치료 중인 상태/진단(해당하는 경우 ICD-10):		
치료(해당하는 경우 CPT 코드):		
최초 의료 제공 시작일:		
최근 진료소 방문/치료일:		
다음 예약/치료일:		

연속성 진료 서비스 신청서

## 의료 제공자 정보 2

요청 의료 제공자 성명:

국내 제공자 식별 번호(NPI):

청구 세금 ID 번호

주소:

도시:

주:

우편번호:

전화번호:

팩스 번호:

의료 제공자 전문 분야:

치료 중인 상태/진단(해당하는 경우 ICD-10):

치료(해당하는 경우 CPT 코드):

최초 의료 제공 시작일:

최근 진료소 방문/치료일:

다음 예약/치료일:

## 의료 제공자 정보 3

요청 의료 제공자 성명:

국내 제공자 식별 번호(NPI):

청구 세금 ID 번호

주소:

도시:

주:

우편번호:

전화번호:

팩스 번호:

의료 제공자 전문 분야:

치료 중인 상태/진단(해당하는 경우 ICD-10):

치료(해당하는 경우 CPT 코드):

최초 의료 제공 시작일:

최근 진료소 방문/치료일:

다음 예약/치료일:

## 시설 정보(실제 주소 포함)

요청 의료 제공자 성명:

국내 제공자 식별 번호(NPI):

청구 세금 ID 번호

주소:

도시:

주:

우편번호:

전화번호:

팩스 번호:

의료 제공자 전문 분야:

치료 중인 상태/진단(해당하는 경우 ICD-10):

치료(해당하는 경우 CPT 코드):

### 파트 3 - 각 제공자에 대해 다음 문서를 첨부하십시오

- 치료 의료진이 발행한 초기 상담 기록
- 현재 치료 계획
- 최근 경과 기록물 3회분

### 파트 4 - 검토

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

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

## 가입 증명, 허가, 및 서명

나는 이 모든 내용에 대한 진술과 제출한 모든 서류가 내가 알고 믿는 범위에서 진실이며, 정확하고, 완전함을 증명합니다. 나는 이로써 의사, 의료 시설 및 기타 건강 관리 서비스 제공자, 보험사, 병원, 또는 의료 서비스 플랜이 환자가 수렁한 질병과 관련된 모든 정보를 Blue Shield 또는 대리인 또는 직원에게 언제든지 제공할 수 있도록 허가합니다. 본 정보는 본 신청을 처리하고 평가하기 위해 수집됩니다.

**귀하를 보호하려면 캘리포니아법에 따라 이 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:**

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

**이 양식을 전송할 팩스 번호:**

**(855) 895-3506**

본 팩스 전송에는 권한이 지정되고 보호받는 매우 기밀성이 높은 의료, 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** 파기해주세요.

기밀을 적절히 관리하도록 도움을 주셔서 감사합니다.

개정일: 2023년 12월

발효일: 2024년 1월