Health Net®

의료 이전

지원 요청 양식

Health Net of California

저희는 귀하가 Health Net과 계약되지 않은 서비스 제공자에게 치료를 받을 수 있다는 점을 이해하고 있습니다. 귀하의 치료가 귀하의 플랜 변경 날짜 또는 Health Net 신규 가입 날짜에 Health Net 네트워크 서비스 제공자에게 이전될 수 없는 특별한 상황이라고 생각되는 경우, 귀하는 Health Net 에 귀하의 특별 상황 검토를 요청할 수 있습니다. 특정 상황의 경우 귀하는 이 비 제휴 서비스 제공자에게 치료를 계속 받을 수 있습니다.

이러한 검토를 요청하시려면 귀하의 요청 처리가 지연되는 것을 방지하기 위해 아래 정보를 최대한 완전하고 정확하게 제공해 주십시오. 귀하 또는 귀하의 법적 대리인이 양식을 작성할 수 있습니다. 가능한 경우, 양식 뒷면의 섹션 1을 작성한 후에 귀하의 서비스 제공자가 섹션 2를 작성하도록 하여 저희가 귀하의 치료 지속 요청을 처리할 수 있도록 하십시오.

가입자 이름:	보험 계약자 이름:
보험 계약자 ID #:	가입자 생년월일:
다음 중 한 가지에 체크하십시오: 상업(Commercial) ☐HMO ☐POS/PPO Medicare Advantage ☐HMO ☐PPO	
가입자 주소:	
가입자 전화번호 (직장):	가입자 전화번호 (자택):
오전 8시 – 오후 5시 사이에 전화 가능한 번호:	
변경 전:	
의료 그룹/보험 회사:	전화번호:
일차 진료 의사:	전화번호:
변경 후:	
의료 그룹/보험 회사:	전화번호:
일차 진료 의사:	전화번호:
현재 진단/상태 설명:	현재 치료(들):

지원 요청 이유(들) (해당 사항에 모두 체크하십시오)

본인의 의료적 필요사항(들) (해당 사항에 모두 체크하십시오)

☐수술	☐임신 및 출산 직후
☐외과적 후속 치료	☐신생아 진료
☐예정된 시술/수술	☐화학 치료
☐급성 상태	☐방사선
☐심각한 만성 상태	☐이식
☐말기 질환	☐외래 행동 건강 보험 서비스
☐전문의 진료소 방문	

전문의(들) 이름:	전화번호:
전문의(들) 이름:	전화번호:
전문의(들) 이름:	전화번호:
예정된 진료 예약 날짜:	해당되는 경우 승인번호:
승인자:	

(계속)

CA90191-4 (4/12) Health Net of California, Inc. 는 Health Net, Inc. 의 계열사입니다. Health Net은 Health Net, Inc.의 고유 등록 상표입니다. 모든 사용 권한은 Health Net, Inc.에 있습니다.

기타 특별 필요 사항/의견
_____
_____
_____
_____

필요한 정보를 추가하려면 추가 용지에 작성해 첨부하십시오.

가입자 서명:	날짜:

가입자 이외의 사람이 작성한 경우:	
요청자 이름:	가입자와의 관계:
전화번호:	날짜:

가능한 경우 본 양식의 앞면과 함께 아래 섹션 1을 작성해주시고 귀하의 서비스 제공자에게 섹션 2를 작성하도록 하십시오. 이 정보는 반드시 작성해야 하는 것은 아니지만 귀하의 요청 검토를 신속하게 하는데 도움이 됩니다.

섹션 1 – 환자 정보 (Health Net 가입자 작성)

보험 계약자 이름:	Health Net ID (해당되는 경우):	
주소:		
환자 이름:	생년월일:	전화번호:
비 제휴 치료 서비스 제공자 이름:		전화번호:

귀하의 서비스 제공자는 귀하에게 정보 공개 승인서를 작성하도록 요청할 수 있다는 점을 유의하십시오.

섹션 2 – 서비스 제공자 정보 (서비스 제공자 작성)

귀하의 환자가 Health Net에 특정 진단 및 기간에 대해 귀하가 제공한 치료에 대한 보장을 요청했습니다. 귀하가 귀하의 환자를 계속 진료하고 Health Net의 표준 요율을 받아들이는데 동의하는 경우 저희가 귀하의 환자의 요청을 평가할 수 있도록 다음 요청 정보를 제공해 주십시오. 귀하가 Health Net의 표준 요율을 받아들이고자 하지 않는다면 아래에 그 사항을 명시해 주십시오.

다음 중 한 가지에 체크하십시오: ☐ 귀하의 환자를 계속 진료하고 Health Net의 표준 요율을 받아들이기로 동의합니다. ☐ 귀하의 환자를 계속 진료하고자 하지 않습니다. 아래 섹션은 생략할 수 있습니다.	
진단:	ICD 코드(들):
이전 예상 기간:	
치료/치료 계획:	
치료/수술 날짜:	임신의 경우, EDC:
CPT 코드(들):	
비 제휴 치료 서비스 제공자 이름 (정자체):	전화번호:
세금 ID #:	
비 제휴 치료 서비스 제공자 서명:	날짜:

작성한 양식과 귀하가 적절하다고 생각하는 모든 관련 문서를 Health Net의 의료 서비스 이전 부서에 팩스 1-866-295-4780번으로 전송해 주십시오.

또는, 다음 주소로 우편으로 보내십시오:
Health Net of California Transition of Care Unit
Health Services – 4th Fl.
PO Box 9103
Van Nuys, CA 91409

의료 서비스 이전 부서는 추가 정보 문의 또는 귀하의 환자의 요청 해결을 위해 귀하가 위에 기재한 번호로 귀하에게 연락할 수 있습니다. 이 문제에 대해 즉각적으로 조치해주셔서 감사합니다. 의료 서비스 이전 양식을 접수하는 것은 요청된 서비스의 보장 제공을 보장하지 않는다는 점을 유의하십시오. 각 사례는 적용되는 가이드라인 및 기준에 따라 검토됩니다.