

Formulario de Solicitud de Continuidad de Atención

Fecha de la solicitud: _____

¿Qué es la continuidad de atención?

La continuidad de atención es la opción que tiene un beneficiario de Medi-Cal para continuar recibiendo servicios durante un máximo de doce meses de su proveedor actual después de que el beneficiario se haya mudado a otro condado o haya hecho la transición de un plan de salud mental a un plan de atención administrada o viceversa. A través de la continuidad de la atención, el beneficiario tiene la capacidad de continuar recibiendo servicios, por un período de tiempo limitado, de un proveedor que ha quedado "fuera de la red". La continuidad de atención está diseñada para permitir que un beneficiario complete el tratamiento con un proveedor existente y/o apoye la transición de los servicios a un nuevo proveedor.

Si cree que usted o un beneficiario al que atiende son elegibles para la continuidad de atención, complete este formulario y comuníquese con la Unidad de Garantía de Calidad de LACDMH al (213) 943-8268 o NetworkAdequacy@dmh.lacounty.gov

¿Quién está haciendo esta petición?

Beneficiario/cuidador del beneficiario

Proveedor en nombre del beneficiario

Nombre del cuidador (si aplica): _____

información del beneficiario

Nombre del beneficiario: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de póliza de Medi-Cal (CIN): _____

Fecha de inicio de cobertura de Medi-Cal: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Información del proveedor actual

Nombre de proveedor/agencia: _____

Nombre de contacto: _____

Dirección: _____

Número de teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Información clínica

Condición/diagnóstico del beneficiario (si se conoce): _____

¿Qué servicio(s) recibe actualmente el beneficiario con el proveedor actual? (Si se sabe)

¿Existen necesidades inmediatas relacionadas con la atención del paciente o el riesgo de daño que deba tomarse en cuenta? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

Si está disponible, adjunte cualquier documentación clínico relevante (por ejemplo, evaluación, notas de progreso, etc.) a este formulario de solicitud.

Firma del solicitante: _____

Fecha de la firma: _____

Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y reglamentos estatales y federales, que incluyen, entre otros, el Código de bienestar e instituciones, el Código civil y los estándares de privacidad de HIPAA aplicables. Se prohíbe la duplicación de esta información para su posterior divulgación sin la autorización previa por escrito del cliente/representante autorizado a quien corresponda, a menos que la ley permita lo contrario. Se requiere la destrucción de esta información después de que se cumpla el propósito declarado de la solicitud original.

Nombre:

Identificación DMH:

Agencia:

Proveedor #:

Condado de Los Ángeles – Departamento de Salud Mental

Solicitud de Continuidad de Atención

Formulario de Solicitud de Continuidad de Atención

Solo para uso de Quality Assurance LACDMH

Aprobado

Fecha de aprobación: _____
Fecha en que se informó al beneficiario de la aprobación:

Número de sesiones aprobadas: _____
Tarifa determinada: _____
Plan de transición después de la continuidad de atención:

Rechazado

Fecha del rechazo: _____
Fecha en que se informó al beneficiario del rechazo:

Motivo del rechazo: _____
Adjunto con el rechazo:

- Una lista de proveedores de SMHS dentro de la red
- Cómo acceder a SMHS en el condado de Los Ángeles
- Aviso de Determinación Adversa de Beneficiario – Aviso de rechazo
- Manual y directorio de proveedores

Firma del representante de DMH: _____ Fecha de la firma: _____

Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y reglamentos estatales y federales, que incluyen, entre otros, el Código de bienestar e instituciones, el Código civil y los estándares de privacidad de HIPAA aplicables. Se prohíbe la duplicación de esta información para su posterior divulgación sin la autorización previa por escrito del cliente/representante autorizado a quien corresponda, a menos que la ley permita lo contrario. Se requiere la destrucción de esta información después de que se cumpla el propósito declarado de la solicitud original.

Nombre:

Identificación DMH:

Agencia:

Proveedor #:

Condado de Los Ángeles – Departamento de Salud Mental

Solicitud de Continuidad de Atención