



إدارة الصحة النفسية بمقاطعة لوس أنجلوس نموذج طلب استمرارية الرعاية

تاريخ الطلب:

ما المقصود باستمرارية الرعاية؟

استمرارية الرعاية هي خيار مُتاح لأعضاء برنامج Medi-Cal لمواصلة تلقّي الخدمات من مُقدّم الخدمة الحالي (القائم) لمدة تصل إلى 12 شهرًا بعد انتقال العضو إلى مقاطعة أخرى أو انتقاله من خطة صحة نفسية إلى خطة رعاية مُدارة، أو العكس. وقد صُمّم خيار استمرارية الرعاية للسماح للأعضاء بإكمال العلاج مع مُقدّم خدمة حالي أصبح "خارج الشبكة" و/أو دعم الانتقال السلس للخدمات إلى مُقدّم خدمة جديد. ولمزيد من المعلومات حول مُقدّم الخدمات خارج الشبكة، يُرجى الرجوع إلى دليل مُقدّم خدمات LACDMH.

إذا كنت تعتقد أنك أو أحد الأعضاء الذين تخدمهم مؤهل لاستمرارية الرعاية، فيُرجى إكمال هذا النموذج وتقديم الوثائق الداعمة وإرساله إلى وحدة ضمان الجودة لدى LACDMH على QAPolicy@dmh.lacounty.gov.

لضمان معالجة طلبك دون تأخير، يُرجى الإجابة عن الأسئلة التالية:

أنت (أو العضو الذي تُقدّم الخدمة له) مشمول ببرنامج Me-Cal في مقاطعة لوس أنجلوس	☐ نعم	☐ لا
تستوفي أنت (أو العضو الذي تُقدّم الخدمة له) معايير خدمات الصحة النفسية المُتخصّصة	☐ نعم	☐ لا
لديك أنت (أو العضو الذي تُقدّم الخدمة له) علاقة قائمة مسبقاً مع مقدم الخدمة الحالي "خارج الشبكة"	☐ نعم	☐ لا

لمزيد من المعلومات حول معايير خدمات الصحة النفسية المُتخصّصة، يُرجى الرجوع إلى [دليل الأعضاء](#).

إذا كانت إجابتك "لا" على أي من الأسئلة أعلاه، فيُرجى إرسال بريد إلكتروني إلى QAPolicy@dmh.lacounty.gov لاستكشاف أخطاء حالتك وإصلاحها.

إذا كانت إجابتك "نعم" على جميع الأسئلة أعلاه، فيُرجى المتابعة أدناه.

من الذي يُقدّم هذا الطلب؟ يُرجى تحديد أحد الخيارات التالية:

☐ بصفتي عضو في برنامج Medi-Cal، أطلب استمرارية الرعاية وأُجيز الإفصاح عن معلوماتي لمعالجة هذا الطلب. يُرفق بهذا الطلب تفويض الإفصاح عن المعلومات الموقع.

☐ أنا مُقدّم الرعاية لعضو برنامج Medi-Cal وأطلب استمرارية الرعاية نيابةً عن العضو. مُرفق بهذا الطلب إقرار تفويض مُقدّم الرعاية الموقع.

☐ أنا مُقدّم الخدمة لعضو برنامج Medi-Cal وأطلب استمرارية الرعاية نيابةً عن العضو. يُرفق بهذا الطلب تفويض الإفصاح عن المعلومات الموقع.

اسم مُقدّم الطلب:	البريد الإلكتروني لمُقدّم الطلب:	رقم الاتصال بمُقدّم الطلب:
-------------------	----------------------------------	----------------------------



إدارة الصحة النفسية بمقاطعة لوس أنجلوس نموذج طلب استمرارية الرعاية

معلومات العضو			
اسم العضو:		رقم Medi-Cal:	
تاريخ ميلاد العضو:			
رقم الاتصال بالعضو:		البريد الإلكتروني للعضو:	
العنوان الحالي للعضو:		المدينة:	الرمز البريدي:
العنوان البريدي للعضو (إذا كان مختلفًا عن العنوان الحالي):		المدينة:	الرمز البريدي:
حالة العضو وتشخيصه:			

معلومات مُقدّم الخدمة الحالي خارج الشبكة		
اسم مُقدّم الخدمة:		المقاطعة:
عنوان مُقدّم الخدمة:	المدينة:	الرمز البريدي:
اسم المُمارس:	رقم الاتصال بالمُمارس:	
البريد الإلكتروني للمُمارس:		
يُرجى توضيح سبب طلب استمرار الرعاية لعضو برنامج Medi-Cal:		

يُرجى تحديد أحد الخيارات التالية:

☐ مرفق طيه الوثائق السريرية لدعم هذا الطلب (على سبيل المثال، التقييمات، وملاحظات التقدّم، وإذن الإفصاح عن المعلومات، وإفادة مُقدّم الرعاية المشفوعة بالقسم، وما إلى ذلك). أرسل الوثائق الداعمة مع نموذج الطلب هذا عبر بريد إلكتروني مُشفّر إلى QAPolicy@dmh.lacounty.gov.

☐ سجلات الأعضاء غير متاحة

اسم مُقدّم الطلب:	توقيع مُقدّم الطلب:	التاريخ:
-------------------	---------------------	----------



إدارة الصحة النفسية بمقاطعة لوس أنجلوس نموذج طلب استمرارية الرعاية

للاستخدام من قِبل LACDMH QUALITY ASSURANCE فقط	
☐ تم الرفض	☐ تمت الموافقة
تاريخ الرفض:	تاريخ الموافقة:
تاريخ إبلاغ العضو بالرفض:	تاريخ إبلاغ العضو بالموافقة:
سبب الرفض:	عدد الجلسات المُعتمدة: _____ أو عدد الأشهر المُعتمدة: _____ تمت الموافقة على استمرارية الرعاية من: _____ إلى _____
اتفاقية الأسعار ☐ نعم ☐ لا	
ما هي الخطة لانتقال العميل إلى مُقدّم خدمة داخل الشبكة في نهاية الإطار الزمني المُعتمد؟	
مُرفق إشعار بقرار سلبي بشأن المُستفيد (إن وجد) كيفية الوصول إلى خدمات الصحة النفسية المُتخصّصة: • كتيّب عضو الصحة السلوكية: https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/handbooks/ • دليل مُقدّم الخدمات: https://dmh.lacounty.gov/pd/	

اسم مُراجع DMH:	توقيع مُراجع DMH:	التاريخ:
-----------------	-------------------	----------