



سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس فرم درخواست "ادامه یافتن مراقبت"

تاریخ درخواست:

"ادامه یافتن مراقبت" چیست؟

"ادامه یافتن مراقبت" گزینه‌ای مختص اعضای Medi-Cal است تا این افراد بتوانند حداکثر 12 ماه پس از اینکه به شهرستان دیگری نقل مکان کردند یا از طرح سلامت روان به طرح مراقبت مدیریت شده یا برعکس انتقال یافتند، همچنان بتوانند از ارائه‌دهنده کنونی (فعلی) خود خدمات دریافت کنند. "ادامه یافتن مراقبت" به گونه‌ای طراحی شده است که اعضا این امکان را داشته باشند که درمان خود را نزد ارائه‌دهنده فعلی که به ارائه‌دهنده "خارج از شبکه" تبدیل شده به پایان برسانند و/یا از انتقال یافتن بدون درسر خدمات به ارائه‌دهنده جدید پشتیبانی می‌کند. لطفاً به منظور کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، به [فهرست ارائه‌دهندگان LACDMH](#) مراجعه کنید.

اگر معتقدید خودتان یا عضوی که به او خدمات ارائه می‌دهید واجد شرایط "ادامه یافتن مراقبت" هستید، لطفاً این فرم را تکمیل کنید، مستندات مؤید درخواست خود را ارائه دهید و آنها را برای واحد تضمین کیفیت LACDMH به آدرس QAPolicy@dmh.lacounty.gov ارسال نمایید.

لطفاً برای اطمینان از اینکه درخواست شما بدون تأخیر مورد بررسی قرار گیرد، به سوالات زیر پاسخ دهید:

آیا خودتان (یا عضوی که به او خدمات ارائه می‌دهید) در شهرستان لس آنجلس از Me-Cal برخوردار هستید.	☐ بله	☐ خیر
آیا خودتان (یا عضوی که به او خدمات ارائه می‌دهید) معیارهای خدمات تخصصی سلامت روان را برآورده می‌کنید.	☐ بله	☐ خیر
آیا خودتان (یا عضوی که به او خدمات ارائه می‌دهید) از قبل به ارائه‌دهنده "خارج از شبکه" مراجعه داشته‌اید.	☐ بله	☐ خیر

لطفاً جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد معیارهای خدمات تخصصی سلامت روان، به [کتابچه راهنمای اعضا](#) مراجعه کنید.

اگر پاسخ شما به **هریک** از سوالات فوق "خیر" بوده است، لطفاً برای برطرف کردن مشکل خود به QAPolicy@dmh.lacounty.gov ایمیل بزنید.

اگر پاسخ شما به **همه** سوالات فوق "بله" بوده است، لطفاً کار را به شرح زیر ادامه دهید.

چه کسی این درخواست را ارسال می‌کند؟ لطفاً یکی از موارد زیر را انتخاب کنید:

☐ من عضو Medi-Cal هستم و درخواست "ادامه یافتن مراقبت" را دارم و اجازه می‌دهم به منظور بررسی این درخواست، اطلاعات من منتشر گردد. فرم امضا شده انتشار اطلاعات به این درخواست ضمیمه شده است.

☐ من مراقب عضو Medi-Cal هستم که درخواست "ادامه یافتن مراقبت" را از طرف عضو مطرح می‌کنم. اظهارنامه مجوز مراقب امضا شده به این درخواست ضمیمه شده است.

☐ من ارائه‌دهنده عضو Medi-Cal هستم که درخواست "ادامه یافتن مراقبت" را از طرف عضو مطرح می‌کنم. فرم امضا شده انتشار اطلاعات به این درخواست ضمیمه شده است.

شماره تماس درخواست‌کننده:	ایمیل درخواست‌کننده:	نام درخواست‌کننده:



سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس فرم درخواست "ادامه یافتن مراقبت"

اطلاعات عضو			
نام عضو:		شماره Medi-Cal:	
تاریخ تولد عضو:			
شماره تماس عضو:		ایمیل عضو:	
آدرس فعلی عضو:		شهر:	کد پستی:
آدرس پستی عضو (چنانچه با آدرس فعلی متفاوت است):		شهر:	کد پستی:
وضعیت عضو و تشخیص مربوط به او:			

اطلاعات ارائه دهنده خارج از شبکه کنونی		
نام ارائه دهنده:		شهرستان:
آدرس ارائه دهنده:		شهر:
نام متخصص:		شماره تماس متخصص:
ایمیل متخصص:		
لطفاً توضیح دهید که چرا "ادامه یافتن مراقبت" برای عضو Medi-Cal درخواست شده است:		

لطفاً یکی از موارد زیر را انتخاب کنید:

☐ مستندات بالینی مؤید این درخواست ضمیمه شده است (نظیر ارزیابی‌ها، یادداشت‌های پیشرفت، انتشار اطلاعات، اظهارنامه مراقب و غیره). مستندات مؤید را به همراه این فرم درخواست از طریق ایمیل رمزگذاری شده به آدرس QAPolicy@dmh.lacounty.gov ارسال کنید.

☐ سوابق عضو در دسترس نیست

تاریخ:	امضای درخواست کننده:	نام درخواست کننده:
--------	----------------------	--------------------



سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس فرم درخواست "ادامه یافتن مراقبت"

صرفاً مختص استفاده تضمین کیفیت LACDMH	
☐ تأیید نشده	☐ تأیید شده
تاریخ عدم تأیید:	تاریخ تأیید:
تاریخی که عدم تأیید درخواست به عضو اطلاع داده شد:	تاریخی که تأیید درخواست به عضو اطلاع داده شد:
دلیل عدم تأیید:	تعداد جلسات تأیید شده: _____ یا تعداد ماه‌های تأیید شده: _____ "ادامه یافتن مراقبت" طی این دوره تأیید شده است: _____ تا _____
☐ توافق‌نامه نرخ ☐ بله ☐ خیر	
برای انتقال مراجع به ارائه‌دهنده شبکه در پایان بازه زمانی مورد تأیید، چه طرحی وجود دارد؟	
موارد پیوست اطلاعیه تعیین ذینفع مخالف (بر صورت وجود) چگونگی دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان: • کتابچه راهنمای عضو سلامت رفتاری: https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/handbooks/ • فهرست ارائه‌دهندگان: https://dmh.lacounty.gov/pd/	

نام بررسی‌کننده DMH:	امضای بررسی‌کننده DMH:	تاریخ:
----------------------	------------------------	--------