



로스앤젤레스 카운티 정신건강국

진료 연속성 요청 양식

요청 날짜: _____

진료 연속성이란 무엇입니까?

진료 연속성은 Medi-Cal 회원이 다른 카운티로 이사했거나 정신건강 플랜에서 관리형 케어 플랜으로 전환했거나 그 반대의 경우에 기존(현재) 의료 제공자로부터 최대 12개월 동안 계속 서비스를 받을 수 있는 옵션입니다. 진료 연속성은 회원이 기존에 이용하던 의료 제공자가 “네트워크 외”가 된 경우에도 해당 의료 제공자에게 치료를 계속 받을 수 있도록 하고/하거나 새로운 의료 제공자로의 원활한 서비스 전환을 지원하도록 설계되었습니다. 네트워크 외 의료 제공자에 대한 자세한 내용은 [LACDMH 의료 제공자 디렉터리](#)를 참조하십시오.

귀하 또는 귀하가 서비스를 제공하는 회원이 진료 연속성을 받을 자격이 있다고 생각되는 경우, 이 양식을 작성하고 증빙 서류를 제공한 후, QAPolicy@dmh.lacounty.gov로 LACDMH 품질보증 부서에 제출하십시오.

요청이 지체 없이 처리되도록 하려면, 다음 질문에 답하십시오:

귀하(또는 귀하가 서비스를 제공하는 회원)는 로스앤젤레스 카운티의 Me-Cal에 가입되어 있습니다	☐ 예	☐ 아니요
귀하(또는 귀하가 서비스를 제공하는 회원)는 특수 정신 건강 서비스 기준을 충족합니다	☐ 예	☐ 아니요
귀하(또는 귀하가 서비스를 제공하는 회원)는 기존의 “네트워크 외” 의료 제공자와 기존에 진료 관계를 맺고 있습니다	☐ 예	☐ 아니요

특수 정신 건강 서비스 기준에 대한 자세한 내용은 [회원 핸드북](#)을 참조하십시오.

위의 질문 중 하나라도 “아니요”라고 답한 경우, 사례를 해결하기 위해 QAPolicy@dmh.lacounty.gov로 이메일을 보내주십시오.

위의 모든 질문에 “예”라고 답한 경우, 아래에서 진행하십시오.

누가 이 요청을 제출합니까? 다음 중 하나를 선택하십시오:

- ☐ 본인은 진료 연속성을 요청하는 Medi-Cal 회원이며 이 요청을 처리하기 위해 본인의 정보 공개를 승인합니다. 서명된 정보 공개서가 이 요청에 첨부되어 있습니다.
- ☐ 본인은 Medi-Cal 회원의 보호자로서 회원을 대신하여 진료 연속성을 요청합니다. 서명한 보호자 허가서가 이 요청에 첨부되어 있습니다.
- ☐ 본인은 회원을 대신하여 진료 연속성을 요청하는 Medi-Cal 회원의 의료 제공자입니다. 서명된 정보 공개서가 이 요청에 첨부되어 있습니다.

요청자의 이름:	요청자의 이메일:	요청자의 연락처 번호:
----------	-----------	--------------



로스앤젤레스 카운티 정신건강국

진료 연속성 요청 양식

회원 정보		
회원 이름:	Medi-Cal 번호:	
회원의 생년월일:		
회원의 연락처 번호:	회원의 이메일:	
회원의 현재 주소:	시:	우편번호:
회원 우편 주소(현재 주소와 다른 경우):	시:	우편번호:
회원의 상태 및 진단:		

기존 네트워크 외 의료 제공자 정보		
의료 제공자 이름:	카운티:	
의료 제공자 주소:	시:	우편번호:
의료진의 이름:	의료진의 연락처 번호:	
의료진의 이메일:		
Medi-Cal 회원에 대한 치료 연속성이 요청되는 이유를 설명해 주십시오:		

다음 중 하나를 선택하십시오:

☐ 이 요청을 뒷받침하기 위한 임상 문서 (예: 평가, 진행 상황 메모, 정보 공개, 보호자 진술서 등)가 첨부되어 있습니다. 암호화된 이메일을 통해 이 요청 양식과 함께 증빙 서류를 QAPolicy@dmh.lacounty.gov으로 보내십시오.

☐ 회원 기록을 사용할 수 없습니다

요청자의 이름:	요청자의 서명:	날짜:
----------	----------	-----



로스앤젤레스 카운티 정신건강국

진료 연속성 요청 양식

LACDMH 품질 보증 용도에 한함	
☐ 승인됨	☐ 거부됨
승인 날짜:	거부 날짜:
회원에게 승인을 통지한 날짜:	회원이 거부 통지를 받은 날짜:
승인된 세션 수: ____ <u>또는</u> 승인된 개월 수: ____ 치료 연속성은 다음부터 승인됩니다: _____부터 _____까지	거부 사유:
요율 합의 ☐ 예 ☐ 아니요	
고객이 승인된 기간이 끝날 때 네트워크 내 서비스 의료 제공자로 전환할 계획은 무엇입니까? 	
<u>첨부됨</u> 불리한 수혜자 결정 통지 (<i>해당되는 경우</i>) 특수 정신 건강 서비스에 액세스하는 방법: - 행동 건강 회원 핸드북: https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/handbooks/ - 의료 제공자 디렉토리: https://dmh.lacounty.gov/pd/	

DMH 검토자의 이름:	DMH 검토자의 서명:	날짜:
--------------	--------------	-----