

Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес

Форма запроса на непрерывность медицинского обслуживания



Дата запроса: _____

Что такое непрерывность медицинского обслуживания?

Непрерывность медицинского обслуживания — это возможность для участников программы Medi-Cal продолжать получение услуг от своего существующего (текущего) поставщика услуг в течение периода до 12 месяцев после переезда участника в другой округ или перехода из плана психологической и психиатрической помощи в план управляемого медицинского обслуживания или наоборот. Непрерывность медицинского обслуживания предназначена для того, чтобы участники могли завершить лечение у существующего поставщика услуг, который стал «внесетевым», и (или) обеспечить плавный переход к получению услуг у нового поставщика. *Для получения дополнительной информации о внесетевых поставщиках услуг см. [Справочник поставщиков услуг от Департамента психического здоровья округа Лос-Анджелес \(LACDMH\)](#).*

Если Вы считаете, что Вы или участник, которого Вы обслуживаете, отвечает критериям непрерывности медицинского обслуживания, заполните эту форму, предоставьте подтверждающую документацию и отправьте ее в Отдел обеспечения качества Департамента психического здоровья округа Лос-Анджелес (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) по адресу QAPolicy@dmh.lacounty.gov.

Чтобы Ваш запрос был обработан без промедления, ответьте на следующие вопросы:

Зарегистрированы ли Вы (или участник, которого Вы обслуживаете) в программе Medi-Cal в округе Лос-Анджелес?	☐ Да	☐ Нет
Соответствует ли Вы (или участник, которого Вы обслуживаете) критериям получения специализированных услуг в области психического здоровья?	☐ Да	☐ Нет
Имеются ли у Вас (или у участника, которого Вы обслуживаете) установившиеся отношения с внесетевым действующим поставщиком услуг?	☐ Да	☐ Нет

Дополнительная информация о критериях предоставления специализированных услуг в области психического здоровья представлена в [Справочнике участника](#).

Если на **любой** из вышеперечисленных вопросов Вы ответили «нет», отправьте электронное письмо по адресу QAPolicy@dmh.lacounty.gov для решения вопросов по Вашему случаю.

Если на **все** вышеуказанные вопросы Вы ответили «да», перейдите к следующему этапу.

Кто отправляет этот запрос? Выберите один из следующих вариантов:

- ☐ Я являюсь участником программы Medi-Cal, подающим запрос на непрерывность медицинского обслуживания, и даю разрешение на раскрытие информации для обработки этого запроса. К этому запросу прилагается подписанное разрешение на раскрытие информации.
- ☐ Я являюсь лицом, осуществляющим уход за участником программы Medi-Cal, и подаю запрос на непрерывность медицинского обслуживания от имени этого участника. К этому запросу прилагается подписанный affidavit о разрешении лица, осуществляющего уход.
- ☐ Я являюсь поставщиком медицинских услуг участника программы Medi-Cal и подаю запрос на непрерывность медицинского обслуживания от имени этого участника. К этому запросу прилагается подписанное разрешение на раскрытие информации.

Имя и фамилия лица, подающего запрос:	Адрес электронной почты лица, подающего запрос:	Контактный номер телефона лица, подающего запрос:
---------------------------------------	---	---

Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес
Форма запроса на непрерывность
медицинского обслуживания



Информация об участнике		
Имя и фамилия участника:	Номер Medi-Cal:	
Дата рождения участника:		
Контактный номер телефона участника:	Адрес электронной почты участника:	
Текущий адрес участника:	Город:	Почтовый индекс:
Почтовый адрес участника (если отличается от текущего адреса):	Город:	Почтовый индекс:
Состояние и диагноз участника:		

Информация о существующем внесетевом поставщике услуг				
Наименование поставщика услуг:	Округ:			
Адрес поставщика услуг:	Город:	Почтовый индекс:		
Имя и фамилия практикующего специалиста:	Контактный номер телефона практикующего специалиста:			
Адрес электронной почты практикующего специалиста:				
Пожалуйста, объясните, почему участнику программы Medi-Cal требуется непрерывность медицинского обслуживания:				

Выберите один из следующих вариантов:

- ☐ В поддержку данного запроса прилагается клиническая документация (например, оценки, записи о ходе наблюдения, разрешение на раскрытие информации, affidavit лица, осуществляющего уход, и т. д.). Отправьте сопроводительную документацию с этой формой запроса по электронной почте в зашифрованном виде по адресу QAPolicy@dmh.lacounty.gov.
- ☐ Документация участника недоступна

Имя и фамилия лица, подающего запрос:	Подпись лица, подающего запрос:	Дата:
---------------------------------------	---------------------------------	-------

Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес
Форма запроса на непрерывность
медицинского обслуживания



ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОТДЕЛОМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА LACDMH	
☐ Одобрено	☐ Отказано
Дата одобрения:	Дата отказа:
Дата, когда участник был проинформирован об одобрении:	Дата, когда участник был проинформирован об отказе:
Количество одобренных сеансов: ____ или Количество одобренных месяцев: ____ Непрерывность медицинского обслуживания одобрена с: _____ по _____	Причина отказа:
Соглашение о тарифах ☐ Да ☐ Нет	
Каков план перехода клиента к сетевому поставщику услуг по окончании утвержденного периода?	
<u>Прилагается</u> Уведомление о неблагоприятном решении в отношении покрытия услуг (если применимо) Как получить доступ к специализированным психиатрическим услугам: - Справочник участника программы Behavioral Health: https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/handbooks/ - Справочник поставщиков услуг: https://dmh.lacounty.gov/pd/	

Имя и фамилия рецензента DMH:	Подпись рецензента DMH:	Дата:
-------------------------------	-------------------------	-------