



Kagawaran ng Kalusugang Pangkaisipan ng Los Angeles County Form ng Kahilingan para sa Pagpapatuloy ng Pangangalaga

Petsa ng Kahilingan: _____

Ano ang Pagpapatuloy ng Pangangalaga?

Ang Pagpapatuloy ng Pangangalaga ay isang opsyon para sa mga miyembro ng Medi-Cal upang patuloy na makatanggap ng mga serbisyo mula sa kanilang kasalukuyang tagapagbigay ng serbisyo nang hanggang 12 buwan matapos lumipat ang miyembro sa ibang county o lumipat mula sa isang plano sa kalusugang pangkaisipan patungo sa isang plano ng pinamamahalaang pangangalaga, o kabaliktaran. Ang Pagpapatuloy ng Pangangalaga ay idinisenyo upang mabigyang-daan ang mga miyembro na makumpleto ang paggamot sa isang kasalukuyang tagapagbigay ng serbisyo na naging "out-of-network" at/o suportahan ang maayos na paglipat ng mga serbisyo patungo sa isang bagong tagapagbigay ng serbisyo. *Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga tagapagbigay ng serbisyo na wala sa network, mangyaring sumangguni sa [Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo ng LACDMH](#).*

Kung naniniwala kang kwalipikado ka o ang isang miyembrong pinaglilingkuran mo para sa Pagpapatuloy ng Pangangalaga, mangyaring kumpletuhin ang form na ito, magbigay ng mga sumusuportang dokumento, at isumite sa LACDMH Quality Assurance Unit sa QAPolicy@dmh.lacounty.gov.

Upang matiyak na mapoproseso ang iyong kahilingan nang walang pagkaantala, pakisagot ang mga sumusunod na tanong:

Ikaw (o ang miyembrong pinaglilingkuran mo) ay may Medi-Cal sa Los Angeles County	☐ Oo	☐ Hindi
Ikaw (o ang miyembrong pinaglilingkuran mo) ay nakakatugon sa mga pamantayan para sa mga Espesyal na Serbisyo sa Kalusugang Pangkaisipan	☐ Oo	☐ Hindi
Ikaw (o ang miyembrong pinaglilingkuran mo) ay mayroon nang dating relasyon sa kasalukuyang "out-of-network" na tagapagbigay ng serbisyo	☐ Oo	☐ Hindi

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga pamantayan para sa mga Espesyal na Serbisyo sa Kalusugang Pangkaisipan, mangyaring sumangguni sa [Handbook ng Miyembro](#).

Kung "Hindi" ang sagot mo sa **alinman** sa mga tanong sa itaas, mangyaring mag-email sa QAPolicy@dmh.lacounty.gov upang ma-troubleshoot ang iyong kaso.

Kung "Oo" ang sagot mo sa **lahat** ng mga tanong sa itaas, mangyaring magpatuloy sa ibaba.

Sino ang nagsusumite ng kahilingang ito? Mangyaring pumili ng isa sa mga sumusunod:

- ☐ Ako ang miyembro ng Medi-Cal na humihiling ng Pagpapatuloy ng Pangangalaga at pinahihintulutan ko ang paglabas ng aking impormasyon upang maproseso ang kahilingang ito. Ang nilagdaang Paglabas ng Impormasyon ay nakalakip sa kahilingang ito.
- ☐ Ako ang tagapag-alaga ng miyembro ng Medi-Cal na humihiling ng Pagpapatuloy ng Pangangalaga sa ngalan ng miyembro. Ang nilagdaang Sinumpaang Salaysay sa Awtorisasyon ng Tagapag-alaga ay nakalakip sa kahilingang ito.
- ☐ Ako ang tagapagbigay ng serbisyo ng miyembro ng Medi-Cal na humihiling ng Pagpapatuloy ng Pangangalaga sa ngalan ng miyembro. Ang nilagdaang Paglabas ng Impormasyon ay nakalakip sa kahilingang ito.

Pangalan ng Humihiling:	Email ng Humihiling:	Numero sa Pakikipag-ugnayan ng Humihiling:
-------------------------	----------------------	--

Kagawaran ng Kalusugang Pangkaisipan ng Los Angeles

County Form ng Kahilingan para sa Pagpapatuloy ng Pangangalaga



Impormasyon ng Miyembro			
Pangalan ng Miyembro:		# ng Medi-Cal:	
Petsa ng Kapanganakan ng Miyembro:			
Numero sa Pakikipag-ugnayan ng Miyembro:		Email ng Miyembro:	
Kasalukuyang Address ng Miyembro:		Lungsod:	Zip code:
Address sa Pagpapadala ng Miyembro (kung iba sa kasalukuyang address):		Lungsod:	Zip code:
Kondisyon at diyagnosis ng miyembro:			

Impormasyon ng Kasalukuyang Tagapagbigay ng Serbisyo sa Labas ng Network				
Pangalan ng Tagapagbigay ng Serbisyo:	County:			
Address ng Tagapagbigay ng Serbisyo:	Lungsod:	Zip code:		
Pangalan ng Praktisyoner:	Numero sa Pakikipag-ugnayan ng Praktisyoner:			
Email ng Praktisyoner:				
Pakipaliwanag kung bakit hinihiling ang Pagpapatuloy ng Pangangalaga para sa Miyembro ng Medi-Cal:				

Mangyaring **pumili ng isa** sa mga sumusunod:

- ☐ Nakalakip ang klinikal na dokumentasyon upang suportahan ang kahilingang ito (hal., mga pagtatasa, mga tala ng pag-unlad, Paglabas ng Impormasyon, Sinumpaang Salaysay ng Tagapag-alaga, atbp.). Ipadala ang mga sumusuportang dokumento kasama ng form na ito sa pamamagitan ng isang naka-encrypt na email sa QAPolicy@dmh.lacounty.gov.
- ☐ Hindi available ang mga rekord ng miyembro

Pangalan ng Humihiling:	Lagda ng Humihiling:	Petsa:
-------------------------	----------------------	--------

Kagawaran ng Kalusugang Pangkaisipan ng Los Angeles

County Form ng Kahilingan para sa Pagpapatuloy ng Pangangalaga



PARA LAMANG SA PAGGAMIT NG LACDMH QUALITY ASSURANCE

☐ Naaprubahan	☐ Tinanggihan
Petsa ng pag-apruba:	Petsa ng pagtanggi:
Petsa kung kailan ipinaalam sa miyembro ang pag-apruba:	Petsa kung kailan ipinaalam sa miyembro ang pagtanggi:
Bilang ng mga sesyon na naaprubahan: ____ <u>0</u> Bilang ng mga buwang naaprubahan: ____ Ang Pagpapatuloy ng Pangangalaga ay inaprubahan mula: _____ hanggang _____	Dahilan ng pagtanggi:
Kasunduan sa Rate ☐ Oo ☐ Hindi	
Ano ang plano na lilipatan ng kliyente sa isang nasa loob ng network na tagapagbigay ng serbisyo sa pagtatapos ng naaprubahang panahon?	
<u>Nakalaki</u> Abiso ng Hindi Pabor na Pagpapasya para sa Benepisyaryo (<i>kung naaangkop</i>) Paano ma-access ang mga Espesyal na Serbisyo sa Kalusugang Pangkaisipan: - Handbook ng Miyembro sa Kalusugan ng Pag-uugali: https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/handbooks/ - Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo: https://dmh.lacounty.gov/pd/	

Pangalan ng Tagasuri ng DMH:	Lagda ng Tagasuri ng DMH:	Petsa:
------------------------------	---------------------------	--------