



Sở Sức Khỏe Tâm Thần Hạt Los Angeles Biểu Mẫu Yêu Cầu Tiếp Tục Chăm Sóc

Ngày yêu cầu: _____

Tiếp tục Chăm sóc là gì?

Tiếp tục Chăm sóc là lựa chọn cho các hội viên Medi-Cal tiếp tục nhận dịch vụ từ nhà cung cấp hiện có của họ trong tối đa 12 tháng sau khi hội viên chuyển đến một hạt khác hoặc chuyển từ kế hoạch sức khỏe tâm thần sang kế hoạch chăm sóc được quản lý, hoặc ngược lại. Tiếp tục Chăm sóc được thiết kế để cho phép các hội viên hoàn tất điều trị với một nhà cung cấp hiện có đã trở thành “ngoài mạng lưới” và/hoặc hỗ trợ việc chuyển tiếp dịch vụ suôn sẻ sang một nhà cung cấp mới. [Để biết thêm thông tin về các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, vui lòng tham khảo Danh bạ Nhà cung cấp LACDMH.](#)

Nếu quý vị tin rằng quý vị hoặc một hội viên mà quý vị phục vụ hội đủ điều kiện để được Tiếp tục Chăm sóc, vui lòng hoàn thành biểu mẫu này, cung cấp tài liệu hỗ trợ và gửi đến Đơn vị Đảm bảo Chất lượng LACDMH tại QAPolicy@dmh.lacounty.gov.

Để đảm bảo yêu cầu của quý vị được xử lý không bị chậm trễ, vui lòng trả lời các câu hỏi sau:

Quý vị (hoặc hội viên mà quý vị phục vụ) có Medi-Cal với Hạt Los Angeles	☐ Có	☐ Không
Quý vị (hoặc hội viên mà quý vị phục vụ) đáp ứng các tiêu chuẩn cho Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần Chuyên khoa	☐ Có	☐ Không
Quý vị (hoặc hội viên mà quý vị phục vụ) có mối quan hệ từ trước với nhà cung cấp “ngoài mạng lưới” hiện tại	☐ Có	☐ Không

[Để biết thêm thông tin về các tiêu chí Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần Chuyên khoa, vui lòng tham khảo Sổ tay Hội viên.](#)

Nếu quý vị trả lời “Không” cho **bất kỳ** câu hỏi nào ở trên, vui lòng gửi email đến QAPolicy@dmh.lacounty.gov để được hỗ trợ xử lý trường hợp của quý vị.

Nếu quý vị trả lời “Có” cho **tất cả** các câu hỏi trên, vui lòng tiếp tục phần dưới đây.

Ai đang gửi yêu cầu này? Vui lòng chọn một trong các mục sau:

- ☐ Tôi là hội viên Medi-Cal yêu cầu Tiếp tục Chăm sóc và ủy quyền cho việc tiết lộ thông tin của tôi để xử lý yêu cầu này. Giấy cho phép tiết lộ thông tin đã ký được đính kèm với yêu cầu này.
- ☐ Tôi là người chăm sóc của hội viên Medi-Cal yêu cầu Tiếp tục Chăm sóc thay mặt hội viên. Bản khai tuyên thệ ủy quyền của người chăm sóc đã ký được đính kèm với yêu cầu này.
- ☐ Tôi là nhà cung cấp dịch vụ của hội viên Medi-Cal yêu cầu Tiếp tục Chăm sóc thay mặt hội viên. Giấy cho phép tiết lộ thông tin đã ký được đính kèm với yêu cầu này.

Tên Người yêu cầu:	Email của Người yêu cầu:	Số điện thoại liên hệ của Người yêu cầu:

Sở Sức Khỏe Tâm Thần Hạt Los Angeles Biểu Mẫu Yêu Cầu Tiếp Tục Chăm Sóc



Thông tin Hội viên			
Tên Hội viên:		Medi-Cal #:	
Ngày sinh của Hội viên:			
Số điện thoại liên hệ của Hội viên:		Email của Hội viên:	
Địa chỉ hiện tại của Hội viên:		Thành phố:	Mã bưu chính:
Địa chỉ gửi thư của Hội viên (nếu khác với địa chỉ hiện tại):		Thành phố:	Mã bưu chính:
Tình trạng và chẩn đoán của Hội viên:			

Thông tin Nhà cung cấp ngoài mạng lưới hiện có		
Tên Nhà cung cấp:		Hạt:
Địa chỉ Nhà cung cấp:	Thành phố:	Mã bưu chính:
Tên Bác sĩ:	Số điện thoại liên lạc của Bác sĩ:	
Email của Bác sĩ:		
Vui lòng giải thích lý do tại sao Hội viên Medi-Cal được yêu cầu Tiếp tục Chăm sóc:		

Vui lòng **chọn một** trong các mục sau:

☐ Đính kèm là tài liệu lâm sàng để hỗ trợ yêu cầu này (ví dụ: đánh giá, ghi chú tiến triển, Giấy cho phép tiết lộ thông tin, Bản khai của Người chăm sóc, v.v.). Gửi tài liệu hỗ trợ cùng với biểu mẫu yêu cầu này thông qua email được mã hóa tới QAPolicy@dmh.lacounty.gov.

☐ Không có hồ sơ Hội viên

Tên Người yêu cầu:	Chữ ký của Người yêu cầu:	Ngày:
--------------------	---------------------------	-------



Sở Sức Khỏe Tâm Thần Hạt Los Angeles Biểu Mẫu Yêu Cầu Tiếp Tục Chăm Sóc

CHỈ DÀNH CHO BỘ PHẬN ĐẢM BẢO CHẤT LƯỢNG LACDMH

☐ Được phê duyệt	☐ Bị từ chối
Ngày phê duyệt:	Ngày bị từ chối:
Ngày hội viên được thông báo về việc phê duyệt:	Ngày hội viên được thông báo về quyết định từ chối:
Số phiên được phê duyệt: ____ hoặc Số tháng được phê duyệt: ____ Tiếp tục Chăm sóc được phê duyệt từ: _____ đến _____	Lý do từ chối:
Thỏa thuận mức giá ☐ Có ☐ Không	
Kế hoạch để khách hàng chuyển sang nhà cung cấp trong mạng lưới khi kết thúc thời hạn đã được phê duyệt là gì?	
<u>Đính kèm</u> Thông báo về Quyết định Bất lợi về Thụ hưởng (nếu có) Cách truy cập các Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần Chuyên khoa: - Sổ tay Hội viên về Sức khỏe Hành vi: https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/handbooks/ - Danh bạ Nhà cung cấp: https://dmh.lacounty.gov/pd/	

Tên Người đánh giá DMH:	Chữ ký của Người đánh giá DMH:	Ngày:
-------------------------	--------------------------------	-------