

طة مقاطعة أورانج للصحة النفسية استمرارية الرعاية

كيف أعرف ما إذا كانت هذه المعلومات تنطبق علي؟

- إذا كان لديك Medi-Cal في مقاطعة أورانج
- إذا كنت تستوفي معايير الوصول إلى خدمات الصحة النفسية المتخصصة
- إذا كان لديك علاقة موجودة مسبقاً (تلقيت الخدمات من مقدم الخدمة خلال الـ 12 شهرًا الماضية)
- إذا كان مقدم الخدمة هو موفر Medi-Cal من خارج الشبكة أو تابع لشبكة انتهى التعاقد معها

إذا كان لديك Orange County Medi-Cal وتتلقى خدمات الصحة النفسية المتخصصة المستمرة (SMHS) من مقدم الخدمة (مزودك) من شبكة خارج Medi-Cal أو خارج المقاطعة ، أو إذا تلقيت SMHS من مقدم الخدمة خارج الشبكة أو مقدم الخدمة المنتهية خدمته خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، يمكنك طلب متابعة الخدمات مع مقدم الخدمة الحالي أو الموجود مسبقاً.

هل يمكنني الاحتفاظ بمقدم الخدمة الحالي؟

إذا وافق مقدم الخدمة الخاص بك على العمل مع خطة الصحة النفسية (MHP) في مقاطعة أورانج وكان الطلب يلبي جميع المتطلبات الإضافية لاستمرارية الرعاية ، فقد تتمكن من الاحتفاظ بمزودك الحالي أو الموجود مسبقاً لمدة تصل إلى 12 شهرًا. يعني "العمل مع Orange County MHP" أنه يجب على مزودك إبرام اتفاقية مع Orange County MHP حتى يحصل مزودك على تعويض من Orange County MHP. إذا لم يعمل مزودك مع Orange County MHP ، فسنساعدك في العثور على مزود جديد.

طرق طلب استمرارية الرعاية:

بالبريد:

ارسل نموذج طلب استمرارية الرعاية الى:

Health Care Agency
Quality Management Services
400 W. Civic Center Dr., 4th Floor
Santa Ana, CA 92701

حسب الطلب الشفهي:

تحدث إلى ممثل المزود أو رئيس الخدمة أو مدير البرنامج في هذا الموقع

عن طريق الهاتف:

Quality Management Services
Main Line - (866) 308-3074
TDD only - (866) 308-3073

يرجى الملاحظة: يمكنك تقديم طلب مباشر لخطة الصحة النفسية لاستمرار الرعاية شفهيًا أو كتابيًا أو عبر الهاتف. لا يطلب من المستفيدين تقديم طلب إلكتروني أو مكتوب

نموذج طلب استمرارية الرعاية

لتقديم طلب دون إكمال نموذج وإرساله ، يمكنك طلب التحدث مع ممثل المزود أو رئيس الخدمة أو مدير البرنامج في هذا الموقع أو يمكنك الاتصال بإدارة جودة الخدمات (QMS) على (866) 308-3074 أو (866) 308-3073 TDD.

تأمين Medi-Cal: نعم لا تاريخ الطلب:

بيانات عضو Medi-Cal:	
الإسم	<input type="text"/>
العنوان	<input type="text"/>
المدينة، الولاية، الرقم البريدي	<input type="text"/>
شهد العضو هذا المزود مرة واحدة على الأقل خلال الـ 12 شهرًا الماضية قبل تسجيله الأولي في MHP	نعم لا
العضو لديه دليل على العلاج خلال الاثني عشر شهرًا الماضية (سجلات العلاج ، وخطاب مقدم الخدمة ، وما إلى ذلك)	نعم لا
أكمل العضو تصريحًا بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية (إرفاق ، إذا اكتمل) للتحقق من تاريخ العلاج مع هذا المزود	نعم لا
يشعر العضو أن غياب الخدمات المستمرة مع هذا المزود قد يؤدي إلى الإضرار بصحتهم ورفاههم بشكل عام	نعم لا

معلومات مقدم الخدمة: [معلومات المزود الذي يرغب في استمرار الخدمات معه]	
الإسم:	<input type="text"/>
العنوان	<input type="text"/>
المدينة، الولاية، الرقم البريدي:	<input type="text"/>
الهاتف	<input type="text"/>

استكمل النموذج بواسطة:	
نفسى العضو	<input type="text"/>
غير العضو	<input type="text"/>
العلاقة با العضو:	<input type="text"/>
الإسم:	<input type="text"/>
الهاتف	<input type="text"/>

معلومات إضافية: (إن وجدت)
<input type="text"/>

ارسل النموذج إلى: Health Care Agency – Quality Management Services
400 W. Civic Center Dr., 4 th Floor, Santa Ana, CA 92701