

# Orange 县心理健康计划 连续性护理

## 我该如何分辨此信息是否适用于我？

- ✓ 您有 Orange County Medi-Cal
- ✓ 满足专业心理健康服务的准入标准
- ✓ 有预先存在的关系（在过去 12 个月内从**醫療提供者**处获得服务）
- ✓ **醫療提供者**是网络外的 Medi-Cal**醫療提供者**或已终止的网络**醫療提供者**

如果您对上述所有问题的回答都是肯定的，您可以要求继续与您现有的**醫療提供者**提供服务。

## 我能保留现有的提供者吗？

如果您的**醫療提供者**同意与 Orange 县的心理健康计划 (Mental Health Plan, MHP) 合作并符合所有其他连续性护理的要求，则您能够保留已存在或当前的提供者，且最多 12 个月。“与橙县 MHP 合作”意味着您的提供者必须与橙县 MHP 签订协议，如此您的提供者才可以从橙县 MHP 处获取补偿金。如果您的**醫療提供者**不再与橙县 MHP 合作，我们将协助您寻找新的提供者。

## 申请连续性护理的方法：

### 邮寄：

邮寄连续性护理申请表至：  
Health Care Agency  
质量管理服务处 (QMS)  
400 W Civic Center Dr. 4<sup>th</sup> Floor  
Santa Ana, CA 92701

### 口头申请：

与**醫療提供者**代表、服务主管或  
此地点的计划主管进行交谈

### 致电：

质量管理服务处  
主线：(800) 723-8641  
仅限 TDD：(866) 308-3073

**请注意：**您可以通过口头申请、书面申请或致电的方式向心理健康计划直接申请连续性护理。受益人无须提交电子版或书面版申请表



# 连续性护理申请表

如果您选择不通过填写并提交表格进行申请，您可以要求与**醫療提供者**代表、服务主管或此地点的计划主管进行交谈，或者致电质量管理服务处 (Quality Management Services, QMS)，电话：(800) 723-8641，TDD 拨打 (866) 308-3073。

申请日期:

Medi-Cal 保险:      有      无

### Medi-Cal 受益人信息:

姓名:       出生日期:   
街道地址:       电话:   
城市、州、邮政编码:

在首次参加 MHP 之前，受益人是否在过去 12 个月里与该提供者至少进行过一次会面？	是	否
受益人是否持有过去 12 个月内的治疗证据（治疗记录、提供者提供的信函等）？	是	否
受益人是否已授权允许披露受保护的医疗信息（如已授权，请随附于此函），以便与该提供者确认治疗史？	是	否
受益人是否认为若不维持与该提供者的服务，可能会导致其整体健康和福祉受到损害？	是	否

### 醫療提供者信息: [选择提供连续性服务人员的个人信息]

姓名:       电话:   
街道地址:   
城市、州、邮政编码:

### 填表人:

本人，受益人本人

其他人，非受益人本人

与受益人的关系:   
姓名:   
电话:

### 附加信息: [如果适用]

**邮寄表格至:** Health Care Agency - Quality Management Services  
400 W. Civic Center Dr. 4<sup>th</sup> Floor, Santa Ana, CA 92701