

طرح سلامت روان اورنج کانتی تداوم مراقبت

چگونه بفهمیم که این اطلاعات در مورد من صدق می کند؟

- ✓ اگر بیمه مدیکل اورنج کانتی را دارید
 - ✓ معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را داشته باشید
 - ✓ یک رابطه از قبل موجود داشته باشید (در 12 ماه گذشته خدمات را از یک ارائه دهنده دریافت کرده باشید)
 - ✓ ارائه دهنده خدمات خارج از شبکه بیمه مدیکل است و یا ارائه دهنده انرا خاتمه داده است
- اگر به همه موارد فوق پاسخ مثبت دادید، می توانید درخواست بدهید که خدمات را با ارائه دهنده قبلی خود ادامه دهید.

آیا می توانم ارائه دهنده فعلی خود را حفظ کنم؟

اگر ارائه دهنده شما موافقت کند که با طرح سلامت روان اورنج کانتی (MHP) کار کند و این درخواست تمام الزامات اضافی برای تداوم مراقبت را برآورده کند، ممکن است بتوانید ارائه دهنده فعلی یا از قبل موجود خود را تا 12 ماه نگهدارید. "کار با MHP اورنج کانتی) به این معنی است که ارائه دهنده شما باید با MHP اورنج کانتی توافق کند تا ارائه دهنده شما بتواند از MHP اورنج کانتی جبران سرویس را دریافت کند. اگر ارائه دهنده شما با MHP اورنج کانتی کار نمی خواهد بکند، ما به شما کمک می کنیم تا یک ارائه دهنده جدید پیدا کنید.

راه های درخواست تداوم مراقبت:

از طریق کتبی:

فرم درخواست تداوم مراقبت را به آدرس زیر ارسال کنید:

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

از طریق درخواست شفاهی :

با نماینده ارائه دهنده، رئیس خدمات یا مدیر برنامه در این مکان صحبت کنید

از طریق تلفن:

Quality Management Services
Main Line - (800) 723-8641
TDD only - (866) 308-3073

لطفا توجه داشته باشید: شما می توانید مستقیما به صورت شفاهی، کتبی یا تلفنی برای برنامه سلامت روان درخواست دهید و عضو بیمه ملزم به ارائه درخواست الکترونیکی یا کتبی نیستند.

فرم درخواست تداوم مراقبت

برای ثبت درخواست بدون تکمیل و ارسال فرم، می توانید درخواست صحبت با نماینده ارائه دهنده، مدیر خدمات یا مدیر برنامه در این مکان را داشته باشید یا می توانید با مدیریت و خدمات کیفیت (QMS) تماس بگیرید با شماره (800) 723-8641 ویا TDD 308-3073 (866)

بیمه مدیکل: بله نه تاریخ درخواست:

اطلاعات عضو بیمه مدیکل:		
نام	<input type="text"/>	تاریخ تولد <input type="text"/>
آدرس خیابان	<input type="text"/>	تلفن <input type="text"/>
شهر، ایالت	<input type="text"/>	
کد پستی	<input type="text"/>	
عضو بیمه حداقل یک بار در 12 ماه گذشته قبل از ثبت نام اولیه خود در MHP این ارائه دهنده را دیده است.	بله	نه
عضو بیمه دارای مدرکی مبنی بر درمان در دوازده ماه گذشته (سوابق درمان، نامه ارائه دهنده و غیره) است.	بله	نه
عضو بیمه اظهارنامه ای را برای افشای اطلاعات محافظت شده سلامت (پیوست شده، در صورت تکمیل) برای تأیید تاریخچه درمان با ارائه دهنده تکمیل کرده است.	بله	نه
عضو بیمه احساس می کند که عدم وجود خدمات مداوم با این ارائه دهنده ممکن است به سلامت و حال کلی شخص آسیب برساند.	بله	نه

اطلاعات ارائه دهنده خدمات: [اطلاعات ارائه دهنده ای که می خواهید خدمات را با او ادامه دهید]

نام:

آدرس خیابان:

شهر، ایالت، کد پستی:

تلفن:

فرم را تکمیل کردم با:

خودم، عضو بیمه

کس دیگری، عضو بیمه نیست

رابطه با عضو بیمه:

نام:

تلفن:

اطلاعات اضافی (در صورت نیاز)

فرم را به این آدرس بفرستید: Health Care Agency - Quality Management Services
400 W. Civic Center Dr. 4th Floor, Santa Ana, CA 92701