

# Orange County 정신 건강 플랜

## 연속 진료

### 이 정보가 나에게 적용되는지 어떻게 알 수 있습니까?

- ✓ 귀하가 Orange County Medi-Cal 수혜자입니다
- ✓ Specialty Mental Health Services (SMHS)에 대한 기준을 충족합니다
- ✓ 기존 제공자가 있습니다 (지난 12개월 안에 제공자로 부터 서비스를 받았습니다)
- ✓ 제공자는 네트워크 밖에 Medi-Cal 제공자거나 종료된 네트워크 제공자입니다

위의 모든 사항이 귀하에게 적용되는 경우 귀하는 기존 제공자로 부터 계속 서비스를 받을 수 있도록 요청할 수 있습니다.

### 현재 제공자를 유지할 수 있습니까?

귀하의 제공자가 County of Orange Mental Health Plan (MHP)와 협력하기로 동의하고 요청이 치료의 연속성에 대한 모든 추가 요건을 충족하는 경우 귀하의 기존 또는 현재 제공자를 최대 12개월 동안 유지할 수 있습니다. "Orange County MHP와 협력"한다는 것은 제공자가 Orange County MHP로부터 보상을받을 수 있도록 제공자가 Orange County MHP와 계약을 체결해야 함을 의미합니다. 귀하의 제공자가 Orange County MHP와 협력하지 않을 경우 새로운 제공자를 찾는 데 도움을 드릴 것입니다.

### 연속 진료를 요청하는 방법:

우편:

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

구두 요청:

이 위치의 제공자 대표, 서비스 책임자 또는 프로그램 디렉터에게 문의하십시오.

전화:

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

**주의 사항:** 치료의 연속성을 위해 구두, 서면 또는 전화를 통해 Mental Health Plan에 직접 요청할 수 있습니다. 수혜자는 전자 또는 서면 요청을 제출할 필요가 없습니다.



# 치료 연속성 서비스 신청서

양식을 작성하고 제출하지 않고 요청하려면이 위치의 서비스 책임자 또는 프로그램 책임자에게 문의하거나 (800) 723-8641 또는 (866) 308-3073 TDD로 Quality Management Services (QMS)에 전화하십시오.

요청 날짜:

Medi-Cal 보험:   예    아니요

### Medi-Cal 수혜자 정보:

이름:     생년월일:   
 주소:     전화:   
 도시 주 우편번호:

수혜자는 MHP에 처음 등록하기 전 지난 12개월 동안이 제공자를 한 번 이상 본 적이 있습니다:	예	아니요
수혜자가 지난 12개월 이내에 치료 받은 증거를 가지고있는 경우 (예를 들면: 치료 기록 또는 제공자의 서신):	예	아니요
수혜자는 "보호대상 건강정보의 사용과 공개 권한 부여" 양식을 이 제공자의 치료를 받았다는 것을 확인하기 위해 작성했습니다 (작성한 경우 첨부):	예	아니요
수혜자는이 제공자의 지속적인 서비스 없이는 전반적인 건강과 웰빙에 해를 끼칠 수 있다고 생각합니다:	예	아니요

### 의료 제공자 정보: [지속적인 서비스를 제공 할 사람의 정보]

이름:     전화:   
 주소:   
 도시 주 우편번호:

### 이 양식을 작성한 사람은:

본인, 수혜자

수혜자가 아니라, 다른 사람

수혜자와의 관계:

이름:

전화:

추가 정보: [적용된다면]

본 양식을 우편으로 제출하려면:

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