

## Continuidad de la Atención

### ¿Cómo sé si esta información se aplica a mí?

- ✓ Si tiene Orange County Medi-Cal
  - ✓ Cumple con los criterios de acceso a Servicio de Especialidad en Salud Mental
  - ✓ Tiene una relación preexistente (recibió servicios de un proveedor dentro de los últimos 12 meses)
  - ✓ El proveedor esta fuera de la red o es un proveedor de la red que ha sido terminado
- Si respondió afirmativamente a todo lo anterior, puede solicitar continuar los servicios con su proveedor preexistente

### ¿Puedo conservar el proveedor que tengo ahora?

Si su proveedor acepta trabajar con el Plan de Salud Mental del Condado de Orange (MHP), Y la solicitud cumple con todos los requisitos adicionales para la continuidad de la atención, entonces usted puede mantener a su proveedor preexistente o actual por hasta 12 meses. "Trabajar con el MHP del Condado de Orange" significa que su proveedor debe celebrar un acuerdo con el MHP del Condado de Orange para que su proveedor reciba una compensación del MHP del Condado de Orange. Si su proveedor no trabaja con el Condado de Orange MHP, lo ayudaremos a encontrar un nuevo proveedor.

### Formas de solicitar Continuidad de Atención:

Por Correo:

Envíe el formulario de Solicitud de Continuidad de Atención a:  
Health Care Agency  
Quality Management Services  
400 W. Civic Center Dr. 4<sup>th</sup> Floor  
Santa Ana, CA 92701

Por Solicitud Verbal:

Hable con el Representante del Proveedor, el Jefe de Servicio o el Director del Programa en este lugar

Por Teléfono: Quality Management Services

Línea principal - (800) 723-8641  
TDD solamente - (866) 308-3073

**Tenga en cuenta:** *Usted puede hacer una solicitud directa al Plan de Salud Mental para la continuidad de la atención verbalmente, por escrito o por teléfono. Los beneficiarios no están obligados a presentar una solicitud electrónica o por escrito*



# Formulario de Solicitud de Continuidad de Atención

Para hacer una solicitud sin completar y enviar un formulario, usted puede pedir hablar con el Representante del Proveedor, el Jefe de Servicio o el Director del Programa en esta ubicación o puede llamar a Quality Management Services (QMS) al (800) 723-8641 o (866) 308-3073 TDD.

Fecha de solicitud:  Seguro Medi-Cal:  Sí  No

### Información del miembro de Medi-Cal:

Nombre:  FDN:   
Dirección:  Teléfono:   
Ciudad, Estado, Zip:

El miembro ha visto a este proveedor al menos una vez durante los últimos 12 meses antes de su inscripción inicial en el MHP:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El miembro tiene evidencia de tratamiento en los últimos 12 meses (registros de tratamiento, carta del proveedor, etc.):	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El miembro ha completado una Autorización para Divulgar Información Médica Protegida (adjuntar, si se completa) para verificar el historial de tratamiento con este proveedor:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El miembro considera que la ausencia de servicios continuos con este proveedor puede resultar en detrimento de su salud y bienestar general:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

### Información del Proveedor: [información de la persona con la que se desean servicios continuos]

Nombre:  Teléfono:   
Dirección:   
Ciudad, Estado, Zip:

### Formulario completado por:

Yo mismo, el miembro

Otro, no el miembro

Relación con el miembro:   
Nombre:   
Teléfono:

### Información adicional: [si corresponde]

**Envíe por correo:** Health Care Agency – Quality Management Services  
400 W. Civic Center Dr. 4<sup>th</sup> Floor, Santa Ana, CA 92701