

Chương Trình Y Tế Sức Khỏe Tâm Thần Tiếp Tục Chăm Sóc

Làm thế nào để biết những thông tin này áp dụng cho tôi?

- ✓ Quý vị có Medi-Cal của Quận Cam
- ✓ Hội đủ điều kiện để nhận các dịch vụ của Chương Trình Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Biệt (SMHS)
- ✓ Quý vị đã nhận dịch vụ từ trước (từ nhà cung cấp dịch vụ trong vòng 12 tháng)
- ✓ Nhà cung cấp dịch vụ nằm ngoài mạng lưới Medi-Cal hoặc nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới đã chấm dứt hợp đồng

Nếu quý vị trả lời “có” cho tất cả các câu hỏi bên trên, quý vị có thể yêu cầu được tiếp tục dịch vụ với nhà cung cấp hiện tại của mình.

Tôi có thể giữ nguyên nhà cung cấp dịch vụ tôi đang có hay không?

Nếu nhà cung cấp của quý vị đồng ý làm việc với Chương Trình Y Tế Sức Khỏe Tâm Thần Quận Cam (MHP) và yêu cầu của quý vị hội đủ các điều kiện cần thiết cho việc tiếp tục chăm sóc, quý vị có thể giữ nguyên nhà cung cấp đã có trước đây hoặc hiện tại cho tới 12 tháng. Để được “làm việc với Chương Trình Y Tế Sức Khỏe Tâm Thần Quận Cam” có nghĩa là nhà cung cấp dịch vụ phải đồng ý tham gia vào chương trình MHP của Quận Cam để nhà cung cấp được hoàn trả dịch vụ từ chương trình MHP Quận Cam. Nếu nhà cung cấp của quý vị không muốn làm việc với chương trình MHP Quận Cam, chúng tôi có thể giúp quý vị tìm nhà cung cấp dịch vụ khác.

Các cách để yêu cầu nhận dịch vụ Chương Trình Tiếp Tục Chăm Sóc:

Gửi đơn:

Gửi đơn yêu cầu dịch vụ Tiếp Tục Chăm Sóc tới địa chỉ sau:
Health Care Agency
Quality Management Services
400 W. Civic Center Dr, 4th Floor
Santa Ana, CA 92701

Bằng lời nói:

Liên lạc trực tiếp với Đại diện trung tâm, Giám Đốc trung tâm, hoặc Giám Đốc chương trình tại địa điểm đó.

Bằng điện thoại:

Quality Management Services
Đường dây chính - (800) 723-8641
Đường dây dành cho người khiếm thính - (866) 308-3073

Xin lưu ý: Quý vị có thể yêu cầu trực tiếp tới chương trình Y Tế Sức Khỏe Tâm Thần để nhận dịch vụ tiếp tục chăm sóc bằng cách gặp mặt nói chuyện, gọi đơn hoặc điện thoại. Những người thụ hưởng không bắt buộc phải nộp đơn bằng đường điện tử (email) hoặc bằng văn bản.



ĐƠN YÊU CẦU TIẾP TỤC CHĂM SÓC

Để được yêu cầu mà không cần phải điền và nộp đơn, quý vị có thể yêu cầu được gặp trực tiếp với Đại diện của nhà cung cấp, Giám Đốc trung tâm hoặc Giám Đốc chương trình ở tại địa điểm này hoặc quý vị có thể gọi đến văn phòng Quản Lý Chất Lượng (QMS) ở số (800) 723-8641 hoặc (866) 308-3073 TDD (đường dây dành cho người khiếm thính.)

Ngày yêu cầu: Bảo Hiểm Medi-Cal: Yes No

Thông tin thành viên thụ hưởng Medi-Cal:

Tên: Ngày Sinh:
Địa chỉ: Điện thoại:
Thành phố, tiểu bang, mã số vùng:

Thành viên đã gặp nhà cung cấp ít nhất một lần trong vòng 12 tháng trước khi ghi danh vào chương trình MHP:	Có	Không
Thành viên có bằng chứng điều trị trong vòng 12 tháng (hồ sơ điều trị, thư giới thiệu từ nhà cung cấp, v.v...):	Có	Không
Thành viên đã điền đơn Cho Phép Được Tiết Lộ Thông Tin Bảo Mật Y Tế (kèm theo, nếu có) để xác minh quá trình điều trị với nhà cung cấp:	Có	Không
Thành viên cảm thấy nếu không tiếp tục điều trị với nhà cung cấp hiện tại có thể dẫn đến bất lợi cho sức khỏe và cuộc sống :	Có	Không

Thông tin nhà cung cấp: [thông tin của cá nhân với mong muốn được tiếp tục dịch vụ]

Tên: Điện thoại:
Địa chỉ:
Thành phố, tiểu bang, mã số vùng:

Đơn được điền bởi:

Tôi, thành viên

Người khác, không phải thành viên

Liên quan với thành viên :

Tên:

Điện thoại:

Các thông tin khác: [nếu có]

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