

Solicitud de Continuidad de



SERVICIOS DE SALUD DE COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE MADERA

Por favor pregunte a recepcionista sobre su **derecho** a servicios gratuitos de **asistencia en su idioma** y formatos alternativos de este panfleto. Si tiene **limitaciones físicas**, le ayudaremos a encontrar servicios disponibles, apropiados y accesibles.

Beneficiarios de Medi-Cal que satisfacen los requisitos de criterio de necesidad medica para Servicios de Salud Mental Especializados (SMHS) tienen el derecho a solicitar continuidad de cuidado y la opción a continuar tratamiento por hasta 12 meses con un proveedor fuera de la red o proveedor terminado por la red.

Esta póliza aplica a todo beneficiario de Medi-Cal que transicione como indicado a continuación:

- ◊ El proveedor ha terminado voluntariamente empleo o contrato con el Plan de Salud Mental (MHP).
- ◊ El empleo o contrato del proveedor ha sido terminado, por otra razón no relacionada con calidad de cuidado o elegibilidad del proveedor.
- ◊ Transición del MHP al MHP de otro condado debido a condado de residencia del beneficiario.
- ◊ Transición de un Plan de Cuidado Medico (MCP) a un MHP; o
- ◊ Transición de Medi-Cal Pago por Servicio (FFS) al MHP.

Como solicitar Continuidad de Cuidado

Un beneficiario, un representante autorizado por el beneficiario o el proveedor del beneficiario puede presentar una solicitud directa al MHP en persona, por escrito, o por teléfono.

Para aprobar la solicitud de continuidad de cuidado, cierto criterio debe satisfacerse, incluyendo pero no limitado a:

- ◊ El MHP puede determinar que el beneficiario ha tenido una relación existente con el proveedor durante los últimos 12 meses antes de su inscripción.
- ◊ El beneficiario ha establecido residencia en el condado
- ◊ El proveedor satisface los estándares
- ◊ El proveedor satisface estándares profesionales bajo la ley Estatal.

Fecha: _____ Fecha de Nac.: _____

Nombre de Beneficiario: _____

Nombre de Guardián Legal (si Menor): _____

Domicilio: _____

de Tel.: _____

Información del Proveedor con el que desea continuar servicios

Nombre: _____

Domicilio: _____

de Tel.: _____

Fecha que empezó servicios con proveedor? _____

Si desea la revisión Apresurada de esta solicitud por favor explique la razón: _____

Entiendo que el personal de Manejo de Calidad está autorizado para contactar a cualquier proveedor o individuo involucrado para compartir parte y/o toda información necesaria para evaluar y procesar esta solicitud.

Firma/Fecha

Clientes pueden presentar una solicitud de Continuidad de Cuidado oralmente o por escrito. Clientes pueden autorizar a un representante para que actúe en su nombre cuando y si así lo desea.

Clientes pueden solicitar la Continuidad de Cuidado **Apresurada** si el proceso Estándar puede poner en riesgo su vida, salud, o habilidad de recuperar función máxima.

Si necesita asistencia para completar esta forma por favor contacte a:

Coordinador de Servicios de Calidad

(559) 673-3508

(888) 275-9779

Representante de Derechos del Cliente

(559) 673-3508 x1311

(888) 275-9779

Oficial de Privacidad

(559) 673-3508 x1311

Mediador Estatal

(800) 896-4042

TTY (800) 896-2512

Email: MHombudsman@dhcs.ca.gov

Favor de entregar esta forma a la recepcionista o mandarla por correo en el sobre rótulado a:

Departamento de Salud de Comportamiento

Condado de Madera

Plan de Salud Mental

P.O. Box 1288 Madera, CA 93639

TTY (800) 855-3000

Servicios de Relevo Marque 711

Voz a Voz (866) 288-4151