

دستور العمل‌های تداوم مراقبت

اداره تداوم مراقبت Health Net کمک خواهد کرد که اگر قادر به دریافت مزایای تداوم مراقبت هستید، بدون ایجاد شکافی در پوشش بیمه‌تان، مراقبت مدیریت‌شده را دریافت کنید.

برای ارائه درخواست، این مراحل را دنبال کنید

1 برای درخواست این مزایا، لطفاً فرم درخواست تداوم مراقبت در صفحه 2 را تکمیل کنید.

- برای هر ارائه‌دهنده درخواستی‌تان، یک فرم تداوم مراقبت Health Net جداگانه تکمیل کنید.
- ارائه‌دهنده خدمات می‌تواند برای کمک به درخواست شما، فرم درخواست تداوم مراقبت را برایتان تکمیل کند. **توجه:** بدون فرم تکمیل‌شده درخواست تداوم مراقبت، درخواست تأیید نخواهد شد.

2 آن را از طریق فکس یا پست تحویل دهید.

فکس همه فرم‌ها به Health Net Continuity of Care Department به شماره 866-295-4780.

یا با استفاده از پاکت پیش‌پرداختی ارائه‌شده، به آدرس زیر پست کنید:

Health Net Continuity of Care Dept.
MSC: CA21281-05-08
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91410-0422

3 در صورت نیاز به کمک، با مرکز خدمات اعضای Health Net تماس بگیرید.

اگر مشکلی در تکمیل این فرم یا پرسشی درباره این فرآیند دارید، تماس بگیرید. مرکز خدمات اعضای Health Net: رایگان به شماره (TTY: 711) 800-675-6110 در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته.

پس از ارائه درخواست

ما با دریافت فرم درخواست تداوم مراقبت شما، یک پرستار مدیر مراقبت برایتان تعیین می‌کنیم تا نیازهای مراقبتی شما را بررسی کند. پس از دریافت فرم تکمیل‌شده شما، از طریق تلفن و/یا پست به شما اطلاع خواهیم داد.

هر درخواست تداوم مراقبت بر اساس موارد زیر در نظر گرفته می‌شود:

- مزایای طرح
- قوانین ایالتی مربوطه
- ربط پزشکی
- نیازهای بالینی

فرم درخواست تداوم مراقبت

شماره فکس: 866-295-4780

تاریخ امروز: _____

برای جلوگیری از تأخیر در رسیدگی، این فرم باید کاملاً تکمیل شود. لطفاً پرینت بگیرید.

نام بیمار (نام خانوادگی، نام، حرف اول نام میانی):	شماره تماس بیمار:	شناسه شبکه سلامت بیمار:
نشانی بیمار (خیابان، شهر، زیپکد):		
پزشک مراقبت‌های اولیه تعیین‌شده برای بیمار:	تاریخ تولد (mm/dd/yyyy):	

ممکن است بتوانید پزشک خارج از شبکه سلامت خود را حفظ کنید. ما درخواست شما را بر اساس پوشش مزایای تداوم مراقبت شما بررسی خواهیم کرد.

دلیل(های) درخواست مساعدت تداوم مراقبت.

نیاز(های) پزشکی من عبارتند از: (لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید.)

- | | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> اقدام/جراحی برنامه‌ریزی شده | <input type="checkbox"/> مراقبت از نوزاد از زمان تولد تا 36 ماهگی (تا حداکثر 12 ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه برای ثبت‌نام‌شدگان جدید) |
| <input type="checkbox"/> عارضه وخیم | <input type="checkbox"/> ویزیت در مطب متخصص |
| <input type="checkbox"/> عارضه مزمن جدی | <input type="checkbox"/> سلامت روان زایمان، تا حداکثر 12 ماه پس از تشخیص یا از پایان بارداری، هر کدام زودتر واقع شود |
| <input type="checkbox"/> بیماری لاعلاج | |
| <input type="checkbox"/> بارداری و بلافاصله پس از زایمان | |

نام پزشکی که بیمار ش خواستار ادامه خدمات با او است:

نشانی پزشک (خیابان، شهر، زیپکد):

شماره تلفن پزشک: ()

شناسه مالیاتی پزشک (در صورت مصداق):

NPI پزشک (در صورت مصداق):

عارضه تشخیصی بیمار:

کد CPT بیمار:

تاریخ نوبت ویزیت بعدی:

دلایل ویزیت:

آیا بیمار حداقل یکبار در 12 ماه گذشته توسط پزشک ویزیت شده است؟ بله خیر

لطفاً به ما بگویید که چرا بیمار در مراقبت پزشکی فعلی خود نیاز به کمک دارد. نوع خدمت/خدمات درخواستی او را بنویسید.

امضا یا نام نماینده شبکه سلامت رسیدگی‌کننده به درخواست:

فرم تکمیل‌شده را به Health Net ارسال کنید

بیمار می‌تواند از پزشک خود بخواهد که اطلاعات او را وارد فرم کند.

یا از طریق فکس:

866-295-4780

نشانی پستی:

Health Net Continuity of Care Dept.

MSC: CA21281-05-08

P.O. Box 9103

Van Nuys CA 91409-9103

تماس برای سوالات

اگر پرسشی دارید، لطفاً با بخش خدمات اعضای Health Net تماس بگیرید:

خط رایگان (TTY: 711) 800-675-6110 در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته

www.healthnet.com

اعلامیه عدم تبعیض

Health Net قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال را رعایت می‌کند و بر مبنای جنس، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی یا گرایش جنسی، هیچ‌کسی را مورد تبعیض، طرد یا رفتار متفاوت قرار نمی‌دهد.

Health Net موارد زیر را ارائه می‌دهد:

- کمک‌ها و خدمات رایگان به افرادی که در ارتباط مؤثر با ما ناتوانی دارند؛ خدماتی نظیر مترجمان شفاهی زبان اشاره دارای صلاحیت و اطلاعات کتبی به فرمت‌های دیگر (چاپ با حروف درشت، صدا، فرمت‌های دسترس‌پذیر الکترونیک و سایر فرمت‌ها).
- خدمات زبانی رایگان به افرادی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست؛ خدماتی نظیر مترجمان شفاهی دارای صلاحیت و اطلاعات نوشته‌شده به زبان‌های دیگر.

اگر به این خدمات نیاز دارید یا برای درخواست این سند در قالب دیگر، به صورت 24 ساعته و در 7 روز هفته و 365 روز سال با Health Net Customer Contact Center به شماره (TTY: 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید.

اگر فکر می‌کنید که Health Net نتوانسته است این خدمات را به شما ارائه کند یا به هر شکل دیگری تبعیض غیرقانونی قائل شده است، می‌توانید از طریق تماس تلفنی، مکاتبه، مراجعه حضوری یا به صورت الکترونیک شکایت خود را به Health Net ارائه کنید:

- از طریق تلفن: بین ساعات 8 صبح تا 5 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه، با هماهنگ‌کننده حقوق مدنی Health Net به شماره (TTY: 711) 1-866-458-2208 تماس بگیرید.
- به صورت کتبی: فرم شکایت را تکمیل کنید یا نامه‌ای بنویسید و به این آدرس ارسال نمایید:
Health Net Civil Rights Coordinator, P.O. Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103
- به صورت حضوری: به مطب پزشک یا دفتر Health Net مراجعه کنید و تمایل خود برای تنظیم شکایت را اعلام نمایید.
- به صورت الکترونیک: به وبسایت Health Net به نشانی www.healthnet.com مراجعه کنید

همچنین می‌توانید از طریق تلفن، مکاتبه یا ایمیل یک شکایت حقوق مدنی را به

California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights ارائه دهید:

- از طریق تلفن: با 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به‌خوبی صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با 711 تماس بگیرید.
- به صورت کتبی: فرم شکایت را تکمیل کنید یا نامه‌ای بنویسید و به این آدرس ارسال نمایید:

Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights,
P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت در نشانی http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx موجود هستند.

- به صورت الکترونیک: ایمیلی به CivilRights@dhcs.ca.gov ارسال کنید

همچنین اگر فکر می‌کنید که به دلیل نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید از طریق تلفن، مکاتبه یا ایمیل یک شکایت حقوق مدنی نزد U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ارائه کنید:

- از طریق تلفن: (TDD: 1-800-537-7697) 1-800-368-1019

• به صورت کتبی: فرم شکایت را تکمیل کنید یا نامه‌ای بنویسید و به این آدرس ارسال نمایید:
U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201

فرم‌های شکایت در نشانی <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> موجود هستند.

- به صورت الکترونیک: به درگاه دفتر شکایات حقوق مدنی به نشانی <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> مراجعه کنید.

English: If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم (1-800-675-6110 (TTY: 711) تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

Armenian: Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, զանգահարեք 1-800-675-6110 (TTY` 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាទម្រង់ PDF សម្រាប់អ្នកពិការ និងឯកសារព្រីនជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

Chinese: 如果您或您正在帮助的其他人需要语言服务，请致电1-800-675-6110 (TTY: 711)。另外，还为残疾人士提供辅助和服务，例如易于读取的 PDF 和大字版文件。这些服务对您免费提供。

Farsi: اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس‌پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

Hindi: यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

Hmong: Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

Japanese: ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

Korean: 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-800-675-6110 (TTY: 711). JomcCaux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buatc Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian: Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1 800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

Tagalog: Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

Ukrainian: Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1-800-675-6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.