

# CONDADO DE MARIN: SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL Y RECUPERACION

(BHRS)

## CONTINUIDAD DE CUIDADO

Si usted ya está recibiendo servicios de salud mental de otro Plan de Salud Mental del Condado (MHP), de un plan gestionado de cuidado, o de un practicante individual de Medi-Cal; puede solicitar “Continuidad de Cuidado” a fin de que pueda permanecer con su actual proveedor, por hasta 12 meses, bajo ciertas condiciones.



Devuelva el formulario lleno al  
repcionista, o por correo a:  
BHRS Quality Management  
20 N. San Pedro Rd.  
San Rafael, CA 94903  
Teléfono: 1-888-818-1115 (gratuito)

Rev. 06/2020 - Spanish

### QUÉ ES LA “CONTINUIDAD DE CUIDADO”

“Continuidad de Cuidado” significa que los clientes tienen la opción de continuar recibiendo servicios del proveedor que veían antes de inscribirse con BHRS.

### CÓMO HACER LA SOLICITUD

Un cliente, el representante autorizado del cliente o un proveedor del cliente puede hacerle la solicitud a BHRS de continuar recibiendo los servicios de su actual o anterior proveedor si se atendió con dicho proveedor en los últimos 12 meses. Los clientes pueden hacer la solicitud por escrito o vía telefónica. La solicitud no necesita ser presentada en papel o de forma electrónica. Sin embargo, BHRS necesitará recolectar toda la información necesaria de manera verbal para decidir si otorga la solicitud.

Si usted necesita ayuda para completar la solicitud de “Continuidad de Cuidado”, infórmele al recepcionista o a su proveedor y éste(a) se asegurará de que usted reciba la ayuda que necesita sin costo alguno para usted.

### CUÁNTO DEBERÉ ESPERAR DESPUÉS QUE BHRS RECIBA MI SOLICITUD

Cada solicitud de “Continuidad de Cuidado” es completada dentro de los siguientes periodos de tiempo:

- 30 días calendarios para solicitudes no urgentes.

- 15 días calendarios si el cliente necesita atención más inmediata.
- Dentro de 3 días calendarios si hay riesgo de daño al cliente.

### REQUISITOS PARA LOS PROVEEDORES

Si su proveedor es uno fuera de la red, se deben cumplir todas las siguientes condiciones:

- Usted tiene una relación existente con el proveedor que está solicitando;
- Usted necesita quedarse con su actual proveedor para continuar el tratamiento en proceso o porque lastimaría su condición de salud mental cambiarse a un nuevo proveedor;
- El proveedor cumple ciertos requisitos bajo leyes estatales y federales; y,
- El proveedor acepta los términos y condiciones del MHP para el contrato del plan.

Si su proveedor era uno de BHRS, pero terminó su empleo, se deben cumplir los siguientes requisitos además de los anteriores:

- El proveedor voluntariamente dio por terminado su empleo o contrato, o
- BHRS dio por terminado el empleo o contrato del proveedor por razones *no* relacionadas con bien sea la calidad del cuidado o la elegibilidad del proveedor de participar en el programa de Medi-Cal.



# Formulario de Solicitud de Continuidad de Cuidado

Enviar por correo a: Quality Management Team, 20 N. San Pedro Rd. San Rafael, CA 94903

Fax: (415) 473-4216

Preguntas: 1-888-818-1115 (número gratuito)

**FECHA DE HOY:** \_\_\_\_\_

El formulario debe ser llenado completamente para evitar una demora en el procesamiento. Tal vez usted pueda continuar viendo a su proveedor terminado o de fuera de red. Revisaremos su solicitud de "Continuidad de Cuidado" en base a la información provista. Usted recibirá una notificación por escrito de nuestra decisión.

## INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellido del Cliente	Primer Nombre del Cliente	Inicial del Seg. Nombre
Fecha de Nacimiento del Cliente (mm/dd/aaaa)	Número de Teléfono del Cliente	
Dirección del Cliente (calle, ciudad, código postal)		
Médico de BHRS Actualmente Asignado del Cliente	Programa Asignado Dentro de BHRS	

## INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre completo del proveedor con el cual el cliente solicita continuar los servicios			
Dirección del Proveedor (calle, ciudad, código postal)			
Número de Teléfono del Proveedor		Fecha de la Siguiete Cita Programada (si aplica)	
Razón de la Siguiete Cita Programada (si aplica)			
¿Ha atendido el proveedor al cliente al menos una vez en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la Última Cita:	¿El proveedor solicitado es uno de fuera de red? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es el proveedor solicitado un antiguo proveedor de BHRS o proveedor terminado? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No

## INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Sufrirá el cliente un serio detrimento a su salud o estará en riesgo de hospitalización o institucionalización si no se le permite continuar recibiendo el cuidado del actual proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está logrando el cliente un significativo progreso con su actual proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No