

# DỊCH VỤ HỒI PHỤC SỨC KHỎE HÀNH VI (BHRS) QUẬN HẠT MARIN

## TIẾP TỤC CHĂM SÓC

Nếu quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần từ Chương trình Sức khỏe Tâm thần (MHP) ở một Quận Hạt khác, từ một kế hoạch chăm sóc có quản lý, hoặc từ một nhà trị liệu có nhận Medi-Cal cá nhân, thì quý vị có thể yêu cầu “Tiếp Tục Chăm Sóc” để được tiếp tục điều trị với Chuyên Viên Trị Liệu hiện tại của mình, trong thời hạn tối đa 12 tháng, với các điều kiện nhất định nào đó.



Sau khi điền đơn, xin đưa lại cho nhân viên tiếp tân, hoặc gửi đến địa chỉ: BHRS Quality Management 20 N. San Pedro Rd. San Rafael, CA 94903  
Điện thoại: 1-888-818-1115 (miễn phí cước gọi)

### “TIẾP TỤC CHĂM SÓC” LÀ GÌ

“Tiếp Tục Chăm Sóc” nghĩa là khi quý thân chủ muốn được tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc từ Chuyên Viên Trị Liệu mà mình đã theo từ trước khi ghi danh với BHRS.

### CÁCH THỨC GỬI ĐƠN

Quý Thân Chủ, người đại diện của quý vị, hoặc Chuyên Viên Trị Liệu của quý vị có thể đăng ký với BHRS để được tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc từ Chuyên Viên Trị Liệu hiện tại hoặc trước đây nếu như quý vị đã được Chuyên Viên Trị Liệu đó chăm sóc suốt 12 tháng qua. Đề nghị xin tiếp tục đó có thể làm bằng cách điền đơn, hoặc gọi điện thoại. Quý Thân chủ không nhất thiết phải nộp đơn dưới dạng văn bản hay điện tử. Nhưng BHRS sẽ cần thu thập các thông tin cần thiết bằng cách nói chuyện, để quyết định việc đáp ứng đề nghị của quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp điền đơn yêu cầu “Tiếp Tục Chăm Sóc”, hãy nói với nhân viên tiếp tân hoặc Chuyên Viên Trị Liệu của mình. Họ sẽ đảm bảo quý vị được hỗ trợ hoàn toàn miễn phí.

### TÔI CẦN PHẢI ĐỢI BAO LÂU SAU KHI BHRS NHẬN ĐƯỢC YÊU CẦU CỦA TÔI

Mỗi đơn yêu cầu “Tiếp Tục Chăm Sóc” sẽ được hoàn tất trong khung thời gian như sau:

- 30 ngày làm việc đối với các yêu cầu không khẩn cấp.
- 15 ngày làm việc nếu quý thân chủ cần được chú ý tức thì.

- Trong vòng 3 ngày làm việc nếu có nguy cơ sức khỏe bị tổn hại.

### YÊU CẦU ĐỐI VỚI NHÀ CUNG CẤP TRỊ LIỆU

Nếu Chuyên Viên Trị Liệu của quý vị không thuộc hệ thống (out-of-network), thì toàn bộ các điều kiện sau phải được đáp ứng:

- Quý vị đã có mối quan hệ từ trước với Chuyên Viên Trị Liệu mà quý vị đang yêu cầu;
- Quý vị cần phải được tiếp tục điều trị với Chuyên Viên Trị Liệu đó, hoặc nếu như việc thay đổi nhà trị liệu mới có thể gây tổn hại cho sức khỏe tâm thần kinh của quý vị;
- Chuyên Viên Trị Liệu đáp ứng được các yêu cầu nhất định theo luật tiểu bang và liên bang; và,
- Chuyên Viên Trị Liệu đồng ý với các điều khoản và điều kiện về kế hoạch điều trị bệnh tâm thần để ký hợp đồng.

Nếu Chuyên Viên Trị Liệu của quý vị thuộc BHRS nhưng đã kết thúc hợp đồng làm việc thì ngoài những điều kiện trên họ phải đáp ứng thêm các điều kiện sau:

- Chuyên Viên Trị Liệu đã tự kết thúc hợp đồng làm việc của họ; hoặc
- BHRS đã kết thúc hợp đồng làm việc với chuyên viên ấy *không* vì những lý do liên quan đến chất lượng chăm sóc, hoặc *không* vì không hội đủ điều kiện đối với Medi-Cal.

# Đơn Yêu Cầu Tiếp Tục Chăm Sóc

Xin Gửi Cho: Nhóm Quản Lý Chất Lượng, 20 N. San Pedro Rd. San Rafael, CA 94903

Fax: (415) 473-4216

Câu hỏi: 1-888-818-1115 (miễn phí cước gọi)

Hôm nay là ngày: \_\_\_\_\_

Vui lòng điền đầy đủ thông tin để tránh làm trì hoãn tiến trình xét duyệt đơn. Quý vị có thể tiếp tục được chăm sóc bởi Chuyên Viên Trị Liệu ngoài hệ thống, hoặc Chuyên Viên Trị Liệu đã kết thúc hợp đồng làm việc. Chúng tôi sẽ đánh giá yêu cầu "Tiếp tục Chăm Sóc" của quý vị dựa theo thông tin được cung cấp.

## THÔNG TIN về QUÝ THÂN CHỦ

|  |   |         |
|--|---|---------|
| Họ của Thân Chủ  | Tên của Thân Chủ                              | Tên đệm |
| Ngày sinh (tháng xx/ngày xx/năm xxxx)                        | Số điện thoại                                 |         |
| Địa chỉ (đường, thành phố, mã zip code)                      |   |         |
| Họ Tên Của Chuyên Viên Trị Liệu BHRS hiện đang được chỉ định | Chương trình được chỉ định trong phạm vi BHRS |         |

## THÔNG TIN về CHUYÊN VIÊN TRỊ LIỆU

|  |                              |  |   |
|--|------------------------------|--|---|
| Họ tên của Chuyên Viên Trị Liệu mà quý thân chủ yêu cầu để được tiếp tục chăm sóc  |                              |  |   |
| Địa chỉ của Chuyên Viên Trị Liệu (đường, thành phố, mã zip code)   |                              |  |   |
| Điện thoại của Chuyên Viên Trị Liệu  |                              | Buổi hẹn sắp tới. Ngày (nếu có)  |   |
| Lý do của buổi hẹn sắp tới (nếu có)  |                              |  |   |
| Thân Chủ có gặp Chuyên Viên Trị Liệu ít nhất một lần trong 12 tháng qua không?<br><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Buổi hẹn trước đây vào ngày: | Chuyên Viên Trị Liệu được yêu cầu có nằm ngoài hệ thống không?<br><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Chuyên Viên Trị Liệu được yêu cầu có từng là người của BHRS trước đây, hoặc là đã kết thúc hợp đồng với BHRS?<br><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |

## THÔNG TIN BỔ SUNG

|  |
|--|
| Quý Thân Chủ sẽ chịu tổn hại nghiêm trọng về sức khỏe hoặc có nguy cơ nhập viện hay vào một cơ sở chăm sóc nếu không được phép tiếp tục được chăm sóc từ Chuyên Viên Trị Liệu hiện tại hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| Quý Thân Chủ có nhiều tiến triển đáng kể với Chuyên Viên Trị Liệu hiện tại không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không   |