

دستور العمل‌های تداوم مراقبت

اگر می‌توانید مزایای تداوم مراقبت را دریافت کنید، اداره تداوم مراقبت Health Net به شما کمک می‌کند مراقبت‌های مدیریت‌شده را بدون شکاف در پوشش دریافت کنید.

برای ارسال درخواست، این مراحل را دنبال کنید

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

- برای هر ارائه‌دهنده مورد درخواست‌تان، یک «فرم درخواست تداوم مراقبت Health Net» جداگانه پر کنید.
 - همچنین می‌توانید از ارائه‌دهنده خدمات خود برای تکمیل فرم درخواست تداوم مراقبت کمک بگیرید.
- توجه: درخواست شما بدون تکمیل فرم درخواست تداوم مراقبت تأیید نخواهد شد.

2 فرم را فکس یا پست کنید.

تمام فرم‌ها را به اداره تداوم مراقبت Health Net به شماره 1-866-295-4780 فکس کنید.

یا با استفاده از پاکت پیش‌پرداخت‌شده موجود، به آدرس زیر پست کنید:

Health Net Continuity of Care Dept.
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103

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

اگر در تکمیل این فرم مشکل دارید یا درباره این فرایند سوالی دارید، تماس بگیرید. بخش خدمات اعضای Health Net: تلفن رایگان (TTY: 711) 1-800-675-6110 در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته.

پس از ارسال درخواست

وقتی فرم درخواست تداوم مراقبت شما را دریافت کردیم، یک مدیر پرستار تعیین می‌کنیم تا نیازهای درمانی شما را بررسی کند. به محض دریافت فرم تکمیل‌شده، از طریق تلفن و/یا پست به شما اطلاع می‌دهیم.

هر درخواست تداوم مراقبت بر اساس موارد زیر بررسی می‌شود:

- مزایای طرح
- قوانین ایالتی که اعمال می‌شوند
- ربط پزشکی
- نیازهای بالینی

فرم درخواست تداوم مراقبت

نوع درخواست: ☐ فوری ☐ آنی ☐ معمولی

فرم تکمیل شده را به این شماره فکس کنید: 1-866-295-4780

تاریخ امروز: _____

برای جلوگیری از تأخیر در رسیدگی به درخواست، فرم را به طور کامل تکمیل کنید. لطفاً با حروف بزرگ و خوانا بنویسید.

نام کامل بیمار (نام خانوادگی، نام، نام میانی):	شماره تماس بیمار:	شماره ID بیمار در Health Net:
آدرس بیمار (خیابان، شهر، زیپ کد):		
پزشک مراقبت های اولیه بیمار:	تاریخ تولد بیمار (mm/dd/yyyy):	

ممکن است بتوانید پزشک خود را که طرف قرارداد Health Net نیست نگه دارید. ما درخواست شما را بر اساس پوشش مزایای تداوم مراقبت بررسی خواهیم کرد.

دلیل(های) درخواست کمک تداوم مراقبت.	
نیاز(های) پزشکی من عبارتند از: (لطفاً تمام گزینه های مربوطه را علامت بزنید.)	
☐ عمل/جراحی زمان بندی شده	☐ مراقبت نوزادان از تولد تا 36 ماهگی (تا حداکثر 12 ماه از تاریخ شروع بیمه)
☐ عارضه حاد	☐ برای عضو تحت پوشش تازه ثبت نام شده
☐ عارضه مزمن جدی	☐ ویزیت متخصص در مطب
☐ بیماری لاعلاج	☐ سلامت روانی بارداری و زایمان، تا حداکثر 12 ماه از تاریخ تشخیص یا از پایان بارداری، هر کدام زودتر اتفاق بیفتد
☐ بارداری و پس از زایمان	
نام پزشکی که بیمار درخواست تداوم خدمات با او را دارد:	
آدرس پزشک (خیابان، شهر، زیپ کد):	
شماره تلفن پزشک: ()	
شماره ID مالیاتی پزشک (در صورت مصداق):	شماره ID مالیاتی پزشک (در صورت مصداق):
بیماری بیمار:	کد CPT بیمار:
تاریخ ویزیت بعدی:	دلیل ویزیت:
آیا بیمار حداقل یک بار در 12 ماه گذشته توسط پزشک ویزیت شده است؟ ☐ بله ☐ خیر	
لطفاً توضیح دهید چرا بیمار برای مراقبت های پزشکی فعلی خود به کمک نیاز دارد. نوع/انواع خدمات درخواستی او را یادداشت کنید.	
امضای بیمار یا نام نماینده Health Net که درخواست را دریافت می کند:	

فرم تکمیل شده را به Health Net برگردانید

بیماران می‌توانند از پزشک خود بخواهند که اطلاعات آن‌ها را در فرم وارد کند.

آدرس پستی:

Health Net Continuity of Care Dept.

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 91409-9103

یا آن را فکس کنید:

1-866-295-4780

برای پرسیدن سوالات خود تماس بگیرید

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

شماره تماس رایگان (711: TTY) 1-800-675-6110، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته

www.healthnet.com

Health Community Solutions, Inc., 21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367

Health Net Community Solutions, Inc. شرکت تابعه Health Net, LLC و Centene Corporation است. Health Net نشان خدماتی

ثبت شده Health Net, LLC است. کلیه حقوق محفوظ است.

FRM1643301FC01w (7/24)

Health Net تابع قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال است و بر مبنای نژاد، رنگ پوست، تبار ملی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، جنس (شامل وضعیت بارداری، گرایش جنسی و هویت جنسی)، مذهب، اصل و نسب، هویت قومی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل یا جنسیت، افراد را مورد تبعیض قرار نمی‌دهد یا با آن‌ها رفتار متفاوتی ندارد.

Health Net:

- کمک‌ها و خدمات رایگان به افراد معلول ارائه می‌دهد تا بتوانند به‌طور مؤثر با ما ارتباط برقرار کنند؛ خدماتی مانند:
 - مترجمان مجرب زبان اشاره
 - اطلاعات کتبی در سایر فرمت‌ها (چاپ با حروف بزرگ، فرمت صوتی، قالب‌های الکترونیک مناسب معلولان، و سایر فرمت‌ها)
- خدمات زبانی رایگان به افرادی ارائه می‌دهد که زبان اصلی‌شان انگلیسی نیست؛ خدماتی مانند:
 - مترجمان شفاهی واجد شرایط
 - اطلاعات کتبی به سایر زبان‌ها
- اگر به این خدمات نیاز دارید، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته و 365 روز سال با مرکز تماس مشتریان Health Net به شماره (TTY: 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید.

در صورت درخواست، این سند با خط بریل، چاپ درشت، کاست صوتی یا در قالب الکترونیک نیز قابل‌ارائه است. برای دریافت یک نسخه از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با ما تماس بگیرید یا به این نشانی نامه بفرستید:

Health Net

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103

Customer Contact Center 1-800-675-6110 (TTY: 711)

California Relay 711

اگر فکر می‌کنید که Health Net بر مبنای نژاد، رنگ پوست، تبار ملی، سن، جنس (شامل وضعیت بارداری، گرایش جنسی و هویت جنسی)، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، مذهب، اصل و نسب، هویت قومی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل یا جنسیت، در ارائه این خدمات قصور داشته یا افراد را مورد تبعیض قرار داده است، می‌توانید نزد هماهنگ‌کننده 1557 شکایت ثبت کنید.

می‌توانید به‌صورت حضوری، پستی یا از طریق ایمیل، شکایت ثبت کنید. اگر در ثبت شکایت نیاز به کمک دارید، هماهنگ‌کننده 1557 ما آماده کمک به شماست.

- تلفنی: با (TTY: 711) 855-577-8234 تماس بگیرید

- فکس: 1-866-388-1769

- پستی: نامه‌ای بنویسید و به هماهنگ‌کننده Health Net 1557 به مشخصات Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631 ارسال کنید

الکترونیکی: ایمیلی به نشانی SM_Section1557Coord@centene.com ارسال کنید. این اطلاعیه در وبسایت Health Net به این نشانی در دسترس است: https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html

همچنین می‌توانید از طریق تلفن، پست یا الکترونیک، یک شکایت حقوق مدنی نزد اداره خدمات مراقبت سلامت California، دفتر حقوق مدنی ثبت کنید:

- تلفنی: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر اختلال گفتاری یا شنوایی دارید، لطفاً با 711 تماس بگیرید.
- پستی: فرم شکایت پر کنید یا نامه‌ای بنویسید و به مدیر دفتر حقوق مدنی، اداره خدمات مراقبت سلامت، دفتر حقوق مدنی با مشخصات 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 ارسال کنید.
- فرم‌های شکایت در این نشانی موجود هستند: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- الکترونیکی: به نشانی CivilRights@dhcs.ca.gov ایمیل بفرستید

همچنین می‌توانید به‌صورت الکترونیک یک شکایت حقوق مدنی نزد وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی، از طریق درگاه شکایات حقوق مدنی به نشانی <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ثبت کنید، یا از طریق پست یا تلفن به مشخصات زیر شکایت‌تان را ارائه دهید:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

فرم‌های شکایت در این نشانی موجود هستند: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

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: 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电1-800-675-6110 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如无障碍 PDF 和大字版文档。这些服务免费为您提供。

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. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານດິດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

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। ਅਪਹਜ 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 serbisyang 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.