



CalOptima Health

CalAIM Enhanced Care نموذج إحالة إدارة الرعاية المحسنة Management (ECM)

اسم العضو: _____ رقم تعريف العضو CIN: _____

ملحوظة: يجب أن يكون العضو مؤهلاً مع CalOptima Health. **الخطوة 1:** يرجى ملء جميع المعلومات القابلة للتطبيق أثناءه والانتقال إلى الخطوات 2 و 3.

معلومات الإحالة:

تاريخ الإحالة:	_____	الإحالة من قبل:	_____
الوكالة / العلاقة بالعضو:	_____		
معرّف المزود الوطني للمزود المقدم للإحالة (NPI) (إن انطبق):	_____		
رقم الهاتف:	_____	الفاكس:	_____
	_____	البريد الإلكتروني:	_____

معلومات الاعضاء:

اسم العضو:	_____	CIN:	_____
تاريخ ميلاد العضو:	_____	طبيب الرعاية الصحية الأولية:	_____
هاتف العضو:	_____	البريد الإلكتروني للعضو:	_____
اللغة المفضلة للعضو:	_____		
وافق العضو على الإحالة لخدمات CalAIM ECM: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			

الخطوة 2: ضع علامة بجانب جميع الشروط التي تنطبق. يرجى إكمال جميع خانات الاختيار المطلوبة وإرفاق أي وثائق داعمة قبل التقديم.

الخطوة 3: أرسل نموذج الإحالة المكتمل والمستندات الداعمة إلى CalOptima Health إذا كان العضو ينتمي إلى أي شبكة صحية بخلاف Kaiser Permanente. أرسل جميع إحالات Kaiser Permanente مباشرة إلى Kaiser Permanente عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني أو البريد.

معلومات الاتصال بشبكة إدارة الرعاية الصحية المحسنة من CalOptima Health

عنوان المراسلة	إرسال الإحالة	خدمة العملاء رقم الهاتف (للأعضاء)	الشبكة الصحية
CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856	رقم الفاكس: 1-714-338-3145	1-888-587-8088	CalOptima Health Direct والشبكات الصحية (باستثناء Kaiser Permanente)
Kaiser Permanente Attention: Medi-Cal and State	Secure email: RegCareCoordCaseMgmt	1-866-551-9619	Kaiser Permanente

Programs (Second Floor) 393 E. Walnut St. Pasadena, CA 91188	@kp.org		
--	---------	--	--

معايير الأهلية للعضو	البالغون 18 عامًا وما فوق
<p>حدد واحدًا ينطبق على العضو:</p> <p><input type="checkbox"/> التشرّد أو التشرّد المزمّن</p> <p><input type="checkbox"/> معرض لخطر التشرّد (الثلاثين يومًا القادمة)</p> <p><input type="checkbox"/> الفرار من العنف المنزلي</p> <p>و</p> <p>حدد واحدًا ينطبق على العضو:</p> <p><input type="checkbox"/> حالة طبية خطيرة ، أو</p> <p><input type="checkbox"/> حالة سلوكية خطيرة ، أو</p> <p><input type="checkbox"/> اضطراب نمائي خطير</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. المعاناة من التشرّد أو التعرض لخطره</p>
<p>حدد واحدًا ينطبق على العضو:</p> <p><input type="checkbox"/> 5 زيارات أو أكثر لغرفة الطوارئ في الأشهر الستة الماضية ، أو</p> <p><input type="checkbox"/> 3 أو أكثر من حالات الاستشفاء في المستشفى غير المخطط لها في الأشهر الستة الماضية ، أو</p> <p><input type="checkbox"/> 3 أو أكثر من الزيارات قصيرة الأجل في مرافق التمريض الماهرة في الأشهر الستة الماضية ، أو</p>	<p><input type="checkbox"/> 2. معرض لخطر الاستخدام الذي يمكن تجنبه في المستشفى أو قسم الطوارئ</p>
<p>حدد كل ما ينطبق على العضو:</p> <p><input type="checkbox"/> حالة صحية عقلية خطيرة و / أو</p> <p><input type="checkbox"/> اضطراب استخدام المواد المخدرة</p> <p>و</p> <p><input type="checkbox"/> المعاناة الفعالة من عامل اجتماعي معقد واحد على الأقل يؤثر على صحتهم (على سبيل المثال ، عدم القدرة على الحصول على الغذاء ، والسكن المستقر ، وعدم القدرة على العمل أو الانخراط في المجتمع ، وتاريخ تجارب الطفولة السلبية (adverse childhood experiences، ACEs) ، وشباب التبني السابق ، وتاريخ الاتصالات الحديثة مع تطبيق القانون المتعلق بالصحة العقلية و / أو أعراض تعاطي المخدرات أو السلوكيات المرتبطة بها)</p> <p>و</p> <p>حدد واحدًا ينطبق على العضو:</p> <p><input type="checkbox"/> خطر كبير للإدخال في مرفق طب نفسي ، أو</p> <p><input type="checkbox"/> استخدام خدمات الأزمات أو الرعاية العاجلة أو الطوارئ أو المستشفى كمصدر وحيد للرعاية الصحية ،</p> <p><input type="checkbox"/> 2 أو أكثر من زيارات غرفة الطوارئ أو المستشفى في آخر 12 شهرًا بسبب تعاطي المخدرات أو الجرعات الزائدة ، أو</p>	<p><input type="checkbox"/> 3. المرض العقلي الخطير (SMI) أو اضطراب استخدام المواد المخدرة (SUD)</p>

معايير الأهلية للعضو	البالغون 18 عامًا وما فوق	
<input type="checkbox"/> 2 أو أكثر من زيارات غرفة الطوارئ أو المستشفى في آخر 12 شهرًا بسبب حالة صحية عقلية خطيرة ، أو <input type="checkbox"/> خطر عالي للجرعات الزائدة و / أو الانتحار ، أو <input type="checkbox"/> حامل أو بعد الولادة (12 شهرًا من الولادة)		
<p>حدد واحدًا ينطبق على العضو:</p> <input type="checkbox"/> البالغون الذين يعيشون في المجتمع والذين يستوفون مستوى معايير الرعاية لمرفق التمريض الماهر (SNF)، أو	<input type="checkbox"/> 4. البالغون المعرضون لخطر الإيداع المؤسسي في الرعاية طويلة الأمد	
<input type="checkbox"/> يتطلب ترميز ذو مهارة منخفضة ، مثل خدمات طبية وتمريضية محدودة الوقت و / أو متقطعة ، ودعم و / أو معدات للوقاية من المرض أو الإصابة الحادة أو تشخيصها أو علاجها <p style="text-align: center;">و</p> <p>حدد كل ما ينطبق على العضو:</p> <input type="checkbox"/> مواجهة نشطة على الأهل لعوامل اجتماعية معقدة واحدة أو وجود عوامل بيئية تؤثر على صحتهم (على سبيل المثال ، عدم القدرة على الحصول على الغذاء والسكن المستقر ، وعدم القدرة على العمل أو الانخراط في المجتمع ، وتاريخ تجارب الطفولة السلبية (ACES) ، وتاريخ الاتصالات الحديثة مع تطبيق القانون المتعلق بالصحة العقلية ، وما إلى ذلك) <p style="text-align: center;">و</p> <input type="checkbox"/> قادرون على الإقامة بشكل مستمر في المجتمع من خلال الدعم الشامل ، مثل خدمات الدعم في المنزل (IHSS) ، والوجبات ، وما إلى ذلك.	<input type="checkbox"/> 5. سكان مرفق التمريض الذين ينتقلون إلى المجتمع (تم استبعاد مرافق الرعاية المتوسطة ومرافق الرعاية تحت الحادة).	
<p>حدد كل ما ينطبق على العضو:</p> <input type="checkbox"/> هل يقيم العضو حاليًا في منشأة رعاية متوسطة أو منشأة رعاية تحت الحادة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <p>حدد كل ما ينطبق على العضو:</p> <input type="checkbox"/> مهتم بالخروج من المؤسسة؛ <p style="text-align: center;">و</p> <input type="checkbox"/> مرشحين محتملين للقيام بذلك بنجاح (لديهم دعم اجتماعي قوي أو دعم في تقديم الرعاية) <p style="text-align: center;">و</p> <input type="checkbox"/> قادر على الإقامة بشكل مستمر في المجتمع	<input type="checkbox"/> 6. الأفراد ذوي الإعاقات الذهنية أو التدموية (I / DD ؛ Intellectual or Developmental Disabilities) (يُستثنى الأعضاء الذين يتلقون خدمات التنازل لعام 1915 (ج) أو المقيمين في إحدى مؤسسات الرعاية المتوسطة).	

معايير الأهلية للعضو	البالغون 18 عامًا وما فوق	
<p>حدد كل ما ينطبق على العضو:</p> <p><input type="checkbox"/> العضوة حامل أو في فترة ما بعد الولادة (خلال فترة 12 شهرًا)</p> <p>و</p> <p><input type="checkbox"/> العضوة مؤهلة في أي مجموعة أخرى من تركيز ECM للبالغين (ECM population of focus)</p>	<p>7. الحوامل البالغات والأفراد بعد الولادة المعرضين لخطر النتائج السلبية في فترة ما حول الولادة</p>	<p><input type="checkbox"/></p>