

ECM 轉介表 — 成人

請完成第 1-6 部分。如果有您無法填寫的必填部分，請撥打 CalOptima Health 客戶服務免付費電話：
1-800-587-8088 (TTY 711)，提交前請致電，以獲得更多支援。

1. 會員資料 星號 (*) 表示必需填寫的資料。	
轉介日期*	
轉介類型*	<input type="checkbox"/> 常規 <input type="checkbox"/> 加急
會員管理式護理計劃*	
會員名字*	
會員姓氏*	
會員 Medi-Cal 客戶索引號碼 (Client Index Number, CIN)	
管理式護理計劃會員 ID 號碼	
會員出生日期 (月月/日日/年年年年)*	
會員首選電話號碼*	
會員首選語言	
會員家庭醫生姓名	
會員居住地址	<input type="checkbox"/> 請在這裡查看：目前沒有固定地址。如果有的話，請列出會員經常去的地點。
會員居住城市	
會員居住地點的郵遞編碼	
會員電郵信箱	
最佳聯絡方式	<input type="checkbox"/> 電話

1. 會員資料 星號 (*) 表示必需填寫的資料。	
會員/照顧者 (如適用)	<input type="checkbox"/> 電子郵件
會員/照護人員的最佳聯絡時間	
父母/監護人/照顧者姓名 (如適用)	
父母/監護人/照顧者的電話號碼， 如果適用	
父母/監護人/照顧者電子郵件 (如適用)	

2. 轉介者的資訊	
轉介組織名稱*	
轉介機構國家醫療服務者識別碼 (National Provider Identifier, NPI)	
轉介人姓名*	
轉介人頭銜	
轉介人電話號碼*	
轉介人電子郵件地址*	
轉介人與會員的關係*	<input type="checkbox"/> 醫療服務者 <input type="checkbox"/> 社會服務者 <input type="checkbox"/> 其他 請在第 5 部分 – 補充說明中提供更多詳細信息
僅限社區合作夥伴 (非 ECM 服務提供者)	會員是否有首選的 ECM 服務提供者？ 請選擇以下選項之一： <input type="checkbox"/> 是的，該會員有首選 ECM 服務提供者 首選 ECM 護理管理員 _____ 首選 ECM 服務提供者組織 _____

2. 轉介者的資訊(續)

否，該會員沒有首選 ECM 服務提供者

轉介的組織是否建議將該會員分配給其組織，以作為會員的 ECM 服務提供者？

請選擇以下選項之一：

是的，我們的組織應該是會員的 ECM 服務提供者

否，我們的組織建議根據該會員的需求將該會員分配給不同的 ECM 服務提供者

請在第 5 節「補充說明」中提供附加詳細資訊。

否，該會員想要其他的首選 ECM 服務提供者

首選 ECM 護理管理員

首選 ECM 服務提供者組織

僅限 ECM 服務提供者

3.會員 ECM 資格 (依重點人群劃分)

成人 (21 歲或以上) ECM 資格 — 勾選所有適用項

如果被推介的會員是成年人，請檢查每個指標，並對適用於每個重點人群的所有指標回答「是」。據您所知，請將所有不適用的指標留空。請使用

第 5 節 — 補充說明，指出可能需要進一步進行 MCP 審查的任何領域。有關 ECM POF 的定義的更多說明，請參閱 ECM [ECM政策指南](#)。

如果您不確定會員是否有資格獲得 ECM，請撥打 CalOptima Health 客戶服務免付費電話 **1-800-587-8088 (TTY 711)**。

無家可歸：正在經歷無家可歸的成年人：

(注意：要將無家可歸的家庭介紹給 ECM，請使用兒童/青少年部分)

請確認會員符合以下兩個條件：

- 會員正在經歷無家可歸的情況 (無住房、住在庇護所、在未來 30 天內失去住房、離開機構而無家可歸或逃離人際暴力) ；

並且

- 會員至少有 1 項複雜的身體、行為或發展健康需求 (包括懷孕或產後，分娩後 12 個月)，會員可從護理協調中得到幫助。

可避免使用醫院或急診科服務: 有可避免去醫院或ED科的風險中的成年人

請確認會員至少符合以下條件之一：

- 在過去 6 個月內，會員已去急診室 5 次或以上，而如果護理得當，這些情況本可避免；

并且/或者

- 在過去 6 個月內，會員有 3 次或以上在醫院和/或短期專業護理機構住院 (不在計劃內)，而這些情況如果得到適當的護理本是可以避免的；

嚴重心理健康/藥物濫用：有嚴重心理健康和/或物質使用障礙 (Substance Use Disorder, SUD) 需求的成年人

3.會員 ECM 資格 (依重點人群劃分) (續)

請確認會員符合以下所有條件：

- 會員符合以下至少一項資格條件和/或正在通過以下至少一項計劃獲取服務：
 - MHP 提供的專業心理健康服務 (Specialty Mental Health Services, SMHS): 嚴重受損 (社交、職業或其他重要活動中的痛苦、殘疾或功能障礙) 或生活功能重要領域嚴重惡化的可能性很高。
 - 藥物 Medi-Cal 組織配送系統 (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMC-ODS) : 除菸草相關使用障礙和非物質相關的使用障礙外，至少被診斷有 1 種與物質使用相關和成癮的障礙。
 - 藥物 Medi-Cal (DMC) 計劃：除菸草相關使用障礙和非物質相關的使用障礙外，至少被診斷有 1 種與物質使用相關和成癮的障礙。

並且

- 會員正在經歷至少 1 個影響其健康的複雜社會因素，其中可能包括但不限於：缺乏食物；缺乏穩定的住房；無法工作或參與社區活動；之前被寄養的青少年；或最近有因為精神健康或藥物使用症狀而觸動到執法部門的記錄；

並且

- 會員符合以下一項或多項標準：
 - 被送進精神病院，服藥過量和/或自殺的風險較高
 - 使用危機服務、急診室、緊急護理或住院作為主要護理來源
 - 過去 12 個月因嚴重精神疾病或 SUD 就診 2 次以上或住院 2 次以上
 - 懷孕或產後 (產後 12 個月內)

涉及司法：過去 12 個月內從監獄出來的成年人

請確認會員符合以下兩個條件：

- 會員正在從懲教所 (例如監獄、看守所或青少年懲教場所) 正在要出來，或在過去 12 個月內從懲教所已經出來;

並且

3.會員 ECM 資格（依重點人群劃分）（續）

- 會員被診斷出患有以下至少 1 種疾病：
 - 精神病
 - 物質使用障礙(Substance Use Disorder, SUD)
 - 慢性病/嚴重非慢性臨床狀況
 - 智力或發展障礙 (Intellectual or Developmental Disability, I/DD)
 - 創傷性腦損傷
 - 艾滋病毒/艾滋病
 - 懷孕或產後（產後 12 個月內）

入住長期照護設施 (Long-Term Care, LTC)：居住在社區且面臨入住長期照護機構風險的成年人

請確認會員符合以下所有條件：

- 會員至少符合以下條件之一：
 - 居住在社區並符合專業療養院(Skilled Nursing Facility, SNF) 的水平的護理標準
 - 需要低度的專業的護理，例如用於預防、診斷或治療急性疾病/損傷的限時和/或間歇性醫療和護理服務、支持和/或設備；

並且

- 會員正在經歷至少一種影響其健康的複雜社會或環境因素（包括但不限於：需要日常生活活動方面的協助、溝通困難、獲取食物、獲得穩定的住房、獨居、需要監護或決策指導、護理不良或不足（可能表現為缺乏安全監控）

並且

- 會員可以在社區內長期居住並獲得全方位的支援。

護理機構住戶過渡到社區: 成人護理機構住戶過渡到社區

請確認會員符合以下所有條件：

- 會員是護理機構的住戶，有意搬離該機構

並且

3.會員 ECM 資格（依重點人群劃分）（續）

會員有可能成功退出該機構

並且

會員是能夠在社區持續居住的。

出生公平: 面臨不良圍產期結果風險的孕婦和產後的人士

請確認會員符合以下所有條件：

會員懷孕或產後（至 12 個月）

並且

會員會受到加州孕產婦發病率和死亡率公共衛生數據所定義的種族和民族差異的影響。自 2024 年起，黑人、美國印第安人或阿拉斯加原住民以及太平洋島民會員均包含在此定義中（提及的個人應優先考慮會員的自我認同的種族）。

4.參加其他項目和服務（可選）

請使用下面的**可選**表格來說明會員接受的其他Medi-Cal下的計劃和服務。某些 Medi-Cal 服務可能需要與 ECM 協調。由於其他 Medi-Cal 服務可能提供與 ECM 類似的支援，因此會員可能無法同時獲得 ECM 和這些類似的服務。管理式護理計劃將審查以下資訊並確定會員是否有資格獲得 ECM。管理式護理計劃負責決定 ECM 的資格，而不是由轉介人決定。

如果會員參加了其他護理管理或協調計劃，在轉介人所知的範圍內，需要與 ECM 進行協調（例如加州兒童服務中心、專業心理健康服務中的針對性案例管理等），請在第5部分 - 「補充說明」中提供更多的資訊。**據您所知請將所有不適用的項目留空。**

計劃	
<input type="checkbox"/> 雙重資格特殊需求計劃 (Dual Special Needs Plans, D-SNP)	<input type="checkbox"/> 臨終關懷
<input type="checkbox"/> 全面整合的特殊需求計劃 (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	<input type="checkbox"/> 老年人全方位護理計劃 (Program For All Inclusive Care for the Elderly, PACE)
<input type="checkbox"/> 多功能耆老服務計劃 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	<input type="checkbox"/> 智障人士自決計劃
<input type="checkbox"/> 輔助生活豁免(Assisted Living Waiver, ALW) 計劃	<input type="checkbox"/> 加州社區過渡計劃(California Community Transitions, CCT)
<input type="checkbox"/> 家庭與社區替代方案(Home and Community-Based Alternatives, HCBA) 豁免計劃	<input type="checkbox"/> 艾滋病毒/艾滋病豁免計劃

5. 補充說明：

請根據需要，
使用此部分對
第 1-4 部分提
供補充說明。

6. 提交資訊及後續步驟

透過提交此表格，轉介人證明其盡其所知的表格中的資訊是正確的。

請透過電子郵件 CalAIMReferral@caloptima.org 或傳真 1-714-338-3145 將填寫完整的 ECM 轉診表提交至 CalOptima Health。提交後，MCP 將在 5 個工作天內做出 ECM 核准決定。如果會員符合資格，ECM 提供者將聯繫會員以確認對 ECM 的興趣並註冊服務。

ECM 轉診表 — 兒童/青少年

請完成第 1-6 部分。如果您無法完成必要填寫的部分，請在提交之前撥打 CalOptima Health 客戶服務免費電話 1-800-587-8088 (TTY 711) 以獲得更多支援。

1. 會員資料 星號 (*) 表示必需填寫的資料。	
轉介日期*	
轉介類型*	<input type="checkbox"/> 常規 <input type="checkbox"/> 緊急
會員管理式護理計劃*	
會員名字*	
會員姓氏*	
會員 Medi-Cal 客戶索引號碼 (Client Index Number, CIN)	
管理式護理計劃會員 ID 號碼	
會員出生日期 (月月/日日/年年年年)*	
會員首選電話號碼*	
會員首選語言	
會員家庭醫生姓名	
會員居住地址	<input type="checkbox"/> 請在這裡查看：目前沒有固定地址。如果有的話，請列出會員經常去的地點。
會員居住城市	
會員居住地點的郵遞編碼	
會員電郵信箱	
會員/照護人員的最佳聯絡方式 (電話或電子郵件)	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 電子郵件
會員/照護人員的最佳聯絡時間	
父母/監護人/照顧者姓名，如適用	
父母/監護人/照顧者電話，如適用	
父母/監護人/照顧者電子郵件，如適用	

2.轉介者的資訊	
轉介組織名稱*	
轉介機構國家醫療服務者識別碼 (National Provider Identifier, NPI)	
轉介人姓名*	
轉介人頭銜	
轉介人電話號碼*	
轉介人電子郵件地址*	
轉介人與會員的關係*	<input type="checkbox"/> 醫療服務者 <input type="checkbox"/> 社會服務者 <input type="checkbox"/> 其他 請在第 5 部分 – 補充說明中提供更多詳細信息
僅限社區合作夥伴 (非 ECM 服務提供者)	<p>會員是否有首選的 ECM 服務提供者</p> <p>請選擇以下選項之一：</p> <p><input type="checkbox"/> 是的，該會員有首選 ECM 服務提供者 首選 ECM 護理管理員 _____ 首選 ECM 服務提供者組織 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 否，該會員沒有首選 ECM 服務提供者</p>

僅限 ECM 服務提供者

轉介的組織是否建議將該會員分配給其組織，
以作為會員的 ECM 服務提供者？

請選擇以下選項之一：

- 是的，我們的組織應該是會員的 ECM 服務提供者
- 否，我們的組織建議根據該會員的需求將該會員分配給不同的 ECM 服務提供者

請在第 5 節「補充說明」中提供附加詳細資訊。

- 否，該會員想要其他的首選 ECM 服務提供者

首選 ECM 護理管理員

首選 ECM 服務提供者組織

3.會員 ECM 資格 (依重點人群劃分)

兒童/青少年 (21 歲以下) ECM 資格或無家可歸的家庭 – 勾選所有適用選項

如果被轉介的會員是兒童、青少年或家庭 (無家可歸)，請檢查每一項指標，並對所有適用於兒童/青少年重點人群定義的指標填寫“是”，以幫助 MCP 確定個人是否符合 ECM 資格並盡可能地瞭解兒童/青少年/家庭的需求。據您所知，請將所有不適用的指標留空。

如果您轉介的兒童/青少年現在是無家可歸的，而他們的家庭成員或照顧者也無家可歸，並且透過 Medi-Cal 管理式醫療獲得醫療承保，請考慮轉介所有家庭成員/照顧者取得 ECM 服務。當無家可歸者被轉介至 MCP 時，鼓勵 MCP 與 ECM 服務者合作，共同為一個家庭提供服務。

如果您不確定會員是否有資格獲得 ECM，請撥打 CalOptima Health 客戶服務免付費電話 1-800-587-8088 (TTY 711)。

無家可歸：無家可歸的家庭或無家可歸的沒人陪伴的兒童和青少年

請確認會員至少符合以下條件之一：

- 無家可歸的兒童/青少年或家庭成員 (未滿 21 歲，住在庇護所，未來 30 天內失去住房，離開機構而無家可歸，或逃離人際暴力)

并且/或者

- 由於失去住房、經濟困難或類似原因，兒童/青少年或家庭與其他人合住 (即沙發客)；或因缺乏其他適當的住宿條件而住在汽車旅館、飯店、拖車停車場或露營地；居住在緊急或過渡避難所；或被遺棄在醫院 (在醫院沒有安全的地方可以出院)

可避免使用醫院或急診科服務: 面臨可避免的醫院或急診室就診風險的兒童和青少年

請確認會員在過去 12 個月內至少符合以下條件之一：

- 在過去 12 個月內，兒童/青少年曾有 3 次或以上去急診室就診，而如果得到適當的護理，這些情況是可以避免的；

并且/或者

- 在過去 12 個月內，兒童/青少年曾 2 次或以上住院和/或短期在專業護理機構住院 (非計劃內)，而如果得到適當的護理，這些情況是可以避免的。

嚴重心理疾病或物質使用障礙：面臨可避免的醫院或急診室就診風險的兒童和青少年

請確認會員符合以下資格標準及/或透過以下至少一項計劃取得服務：

- MHP提供的專業心理健康服務 (Specialty Mental Health Services, SMHS) 21 歲以下的會員有資格接受所有必要的醫療 SMHS 服務。
- 藥物 Medi-Cal 組織配送系統 (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMH-ODS)：21 歲以下的會員有資格接受所有醫療必需的 DMC-ODS 服務。
- 藥物 Medi-Cal (DMC) 計劃：DMC 提供的承保服務應包括針對 21 歲以下個人的所有醫療必需的 SUD 服務。

涉及司法：從青少年懲教所出來的兒童/青少年

請確認會員符合以下條件：

- 會員在過去 12 個月內從青少年懲教所處正在要出來/已經出來

CCS 或 CCS 兒童全面保健模式: 除了 CCS 條件外還有其他需求的，加入加州兒童服務 (California Children's Services, CCS) 或 CCS WCM 的兒童/青少年

請確認會員符合以下所有條件：

- 會員是已加入了 CCS 或 CCS WCM;
並且
- 會員正在經歷至少 1 個影響其健康的複雜社會因素。正在經歷至少一種影響其健康的複雜社會因素 (缺乏食物、缺乏穩定的住房、交通困難、基於篩檢的嚴重 (四項或以上) 不良童年經歷 (ACE)，有最近的因心理健康和/或藥物濫用症狀而與執法或危機介入服務機構接觸過的歷史)

寄養: 參與兒童福利的兒童/青少年

請確認會員至少符合以下條件之一：

- 會員未滿 21 歲，目前在加州接受寄養;
并且/或者
- 會員未滿 21 歲，並且在過去 12 個月內曾在加州或其他州接受過寄養;
并且/或者
- 會員年齡未滿 26 歲，且已超出加州或其他州的寄養年齡（在 18 歲生日或之後接受寄養）
并且/或者
- 會員未滿 18 歲，且符合加州領養援助計劃資格及/或已加入該計劃
并且/或者
- 會員未滿 18 歲，目前正在接受或在過去 12 個月內曾經接受過加州家庭維護計劃的服務。

出生公平：面臨不良圍產期結果風險的孕婦和產後的人士

請確認會員符合以下所有條件：

- 會員處於懷孕或產後狀態（產後 12 個月）
並且
- 會員會受到加州孕產婦發病率和死亡率公共衛生數據所定義的種族和民族差異的影響。自 2024 年起，黑人、美洲印第安人或阿拉斯加原住民以及太平洋島民會員均包含在此定義中（提及的個人應優先考慮會員自我認同的種族。）

4. 參加其他項目和服務

請使用下面的**可選**表格來會員正在接受的Medi-Cal的其他計劃和服務。某些 Medi-Cal 服務可能需要與 ECM 協調。由於其他 Medi-Cal 服務可能提供與 ECM 類似的支援，因此會員可能無法同時獲得 ECM 和這些類似的服務。管理式護理計劃將審查以下資訊並確定會員是否有資格獲得 ECM。管理式護理計劃負責決定 ECM 的資格，而不是由轉介人決定。

如果會員參加了其他護理管理或協調計劃，在推薦人所知的範圍內，需要與 ECM 進行協調（例如加州兒童服務中心、專業心理健康服務中的針對性案例管理等），請在第5部分 - 「補充說明」中提供更多的資訊。**據您所知請將所有不適用的項目留空。**

計劃	
<input type="checkbox"/> 雙重資格特殊需求計劃 (Dual Special Needs Plans, D-SNP)	<input type="checkbox"/> 臨終關懷
<input type="checkbox"/> 全面整合的特殊需求計劃 (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	<input type="checkbox"/> 老年人全方位護理計劃 (Program For All Inclusive Care for the Elderly, PACE)
<input type="checkbox"/> 多功能耆老服務計劃 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	<input type="checkbox"/> 智障人士自決計劃
<input type="checkbox"/> 輔助生活豁免計劃 (Assisted Living Waiver, ALW)	<input type="checkbox"/> 加州社區過渡計劃 (California Community Transitions, CCT)
<input type="checkbox"/> 家庭與社區替代方案 (Home and Community-Based Alternatives, HCBA) 豁免計劃	<input type="checkbox"/> 艾滋病毒/艾滋病豁免計劃

5. 補充說明：

請根據需要，使用此部分對第 1-4 部分提供補充說明。

6.提交資訊及後續步驟

透過提交此表格，轉介人證明其盡其所知的表格中的資訊是正確的。

請透過電子郵件 CalAIMReferral@caloptima.org 或傳真 1-714-338-3145 將填寫完整的 ECM 轉診表提交至 CalOptima Health。提交後，MCP 將在 5 個工作天內做出 ECM 核准決定。如果會員符合資格，ECM 提供者將聯繫會員以確認對 ECM 的興趣並注冊服務。