



Medi-Cal 心理健康服務受益人指南

更新日期：2019 年 11 月

Quality Assurance Office

語言協助

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you.

Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBH ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBH ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla otro idioma, podrá acceder a servicios de asistencia lingüística sin cargo. Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBH ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Los servicios y recursos auxiliares, incluidos, entre otros, los documentos con letra grande y formatos alternativos, están disponibles sin cargo y a pedido. Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBH ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chúng tôi có các dịch vụ miễn phí để hỗ trợ về ngôn ngữ.

Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho ACBH ACCESS ở số 1-800-491-9099 (TTY: 711).

LƯU Ý: Các trợ giúp và dịch vụ phụ trợ, bao gồm nhưng không giới hạn vào các tài liệu in lớn và các dạng thức khác nhau, được cung cấp cho quý vị miễn phí theo yêu cầu. Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho ACBH ACCESS ở số 1-800-491-9099 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog/Filipino)

PAALALA: Kung gumagamit ka ng ibang wika, maaari kang makakuha ng libreng mga serbisyo sa tulong ng wika.

Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa ACBH ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: 711) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

PAALALA: Ang mga auxiliary aid at mga serbisyo, kabilang ngunit hindi limitado sa mga dokumento sa malaking print at mga alternatibong format, ay available sa iyo nang libre kapag hiniling.

Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa ACBH ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: 711) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

한국어 (Korean)

안내: 다른 언어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: 711)번으로 ACBH ACCESS 에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

안내: 큰 활자 문서, 대체 형식 등 다양한 보조 도구 및 서비스를 요청 시 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: 711)번으로 ACBH ACCESS 에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

繁體中文(Chinese)

注意：如果您使用其他語言，則可以免費使用語言協助服務。

請直接與您的服務提供者聯繫，或致電 ACBH ACCESS，電話號碼：1-800-491-9099 (TTY : 711)。

注意：可應要求免費提供輔助工具和服務，包括但不限於大字體文檔和其他格式。請直接與您的服務提供者聯繫，或致電 ACBH ACCESS，電話號碼：1-800-491-9099 (TTY : 711)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱՒԻՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե տիրապետում եք մեկ այլ լեզվի, ապա կարող եք օգտվել լեզվական աջակցման անվճար ծառայություններից:

Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պատճենական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBH ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռախոս՝ 711):

ՈՒՇԱՒԻՈՒԹՅՈՒՆ. Հայտ ներկայացնելու դեպքում կարող եք անվճար օգտվել օժանդակ միջոցներից և ծառայություններից, այդ թվում՝ մեծածավալ տպագիր և այլընտրանքային ձևաչափի փաստաթղթերից: Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պատճենական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBH ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռախոս՝ 711):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на другом языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика.

Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в ACBH ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (телетайп: 711).

ВНИМАНИЕ: Вспомогательные средства и услуги, включая, помимо прочего, документы с крупным шрифтом и альтернативные форматы, доступны вам бесплатно по запросу. Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в ACBH ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (телетайп: 711).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر شما به زبان دیگری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان در اختیار شما قرار دارند.

لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBH ACCESS به شماره (TTY:711) 1-800-491-9099 تماس بگیرید.

توجه: کمک ها و خدمات کمکی، از جمله اما نه محدود به اسناد چاپ شده با حروف بزرگ و قالب های جایگزین، در صورت درخواست شما به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرند. لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBH ACCESS به شماره 1-800-491-9099 (TTY:711) تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項: 他の言語を話される場合、無料で言語支援がご利用になれます。ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるには ACBH ACCESS、電話番号 1-800-491-9099 (TTY: 711)までご連絡ください。

注意事項: ご要望があれば、大きな印刷の文書と代替フォーマットを含むがこれらのみに限定されない補助的援助と支援が無料でご利用になれます。ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるには ACBH ACCESS、電話番号 1-800-491-9099 (TTY: 711) までご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lwm hom lus, muaj cov kev pab cuam txhais lus uas pab dawb xwb rau koj tau siv.

Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBH ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711).

LUS CEEV: Muaj cov kev pab cuam thiab khoom pab cuam txhawb ntxiv, xam nrog rau tab sis kuj tsis txwv rau cov ntaub ntawv luam loj thiab lwm cov qauv ntawv ntxiv, muaj rau koj uas yog pab dawb xwb raws qhov thov. Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBH ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ ACBH ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿਚ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਮੰਗਣ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ ACBH ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

انتباه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBH ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: 711).

انتباه: تتوفر لك الوسائل والخدمات المساعدة، بما فيها دون حصر الوثائق المطبوعة بخط كبير والتنسيقات البديلة، مجاناً عند طلبها. يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBH ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: 711).

हिंदी (Hindi)

कृपया ध्यान दें: यदि आप कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो आपके लिये निःशुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है। कृपया अपने नियत प्रदाता से सीधे संपर्क करें अथवा सेवाओं के बारे में जानकारी हेतु ACBH ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें।

कृपया ध्यान दें: अतिरिक्त सहायता तथा सेवाएं, जिसमें अन्य के अलावा बड़े अक्षरों के दस्तावेज़ और वैकल्पिक प्रारूप भी शामिल हैं, अनुरोध करने पर निःशुल्क उपलब्ध कराई जाएंगी। कृपया अपने नियत प्रदाता से सीधे संपर्क करें अथवा सेवाओं के बारे में जानकारी हेतु ACBH ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาอื่น เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรงหรือหากต้องการสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ โปรดติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

โปรดทราบ: เรามีความช่วยเหลือและบริการเพิ่มเติม เช่น เอกสารพิมพ์ตัวใหญ่หรือในรูปแบบอื่นๆ

ให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหากคุณแจ้งความประสงค์จะใช้ โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรง หรือสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ ได้โดยติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាផ្សេងទៀត សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺអាចស្វែងរកបានសម្រាប់អ្នក។

សូមទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានការទទួលស្គាល់របស់អ្នក ឬដើម្បីធ្វើការសាកសួរអំពីសេវាកម្មនានា សូមទូរសព្ទទៅ ACBH ACCESS តាមរយៈលេខ 1-800-491-9099 (TTY: 711)។

ចំណាំ: សម្ភារៈ និងសេវាកម្មជំនួយ មានជាអាទិ៍ឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំ និងឯកសារជាទម្រង់ផ្សេងទៀត អាចស្វែងរកបានសម្រាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ ទៅតាមការស្នើសុំ។ សូមទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានការទទួលស្គាល់របស់អ្នក ឬដើម្បីសាកសួរអំពីសេវាកម្មនានា សូមទូរសព្ទទៅ ACBH ACCESS តាមរយៈលេខ 1-800-491-9099 (TTY: 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນ, ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານໂດຍກົງ ຫຼື ເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການ ໃຫ້ໂທຫາ ACBH ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ເອົາໃຈໃສ່: ອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ, ເຊິ່ງລວມມີ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ ເອກະສານຕົວພິມໃຫຍ່ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ, ແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕາມຄຳຂໍ. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານໂດຍກົງ ຫຼື ເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການ ໃຫ້ໂທຫາ ACBH ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711).

目錄

一般資訊	7
MEDI-CAL 計畫之資訊	12
如何判斷您或認識的人需要協助	17
取得專業心理健康服務	19
醫療必要性標準	23
選擇供應商	24
服務範圍	26
不利福利認定	31
問題解決程序	33
申訴程序	35
上訴程序 (標準和加速)	38
州聽證會程序	42
預立醫囑	45
受益人權利與責任	46

一般資訊

歡迎使用阿拉米達縣行為健康護理服務

緊急事件	911
阿拉米達縣行為健康護理服務之心理健康 Access 計畫	(510) 346-1000 (800) 491-9099
SUD 服務 24 小時免付費專線	(844) 682-7215
Consumer Assistance Office	
Patient Rights Advocates	(800) 779-0787 (510) 835-2505

本手冊用詞說明如下：

	阿拉米達縣行為健康護理服務
BHP	行為健康計劃 - 在郡內計劃和診所、簽約的社區組織、醫院，以及多面向供應商網絡之內的網絡中所實施的專業心理健康與物質使用障礙 ACBH 整合服務。
DMC-ODS	Drug Medi-Cal 組織照護系統
SSA	社會服務機構 (阿拉米達縣)
SMHS	專業心理健康服務
SUD	物質使用障礙 (服務)

為何需要閱讀本手冊？

我們的使命是透過能確保所有居民擁有最佳健康福祉，以及尊重居民多元性的公私部門合作完整網絡，提供整合完善的健康照護服務。您收到本手冊是因為您符合 Medi-Cal 服務的資格，而且需要瞭解阿拉米達縣提供的專業心理健康服務的詳細資訊，以及如何在您有需要時取得這類服務。

如果您正在接受來自阿拉米達縣行為健康 (下稱 ACBH) 的服務，本手冊將提供您更多資訊，瞭解 ACBH 的專業心理健康服務 (下稱 SMHS) 如何運作。本手冊將為您說明心理健

康服務，但不會變更您目前接受的服務。建議您保留本手冊，以便未來參考我們提供的服務。

如果您目前未接受任何服務，建議您保留本手冊，以便您或認識的人未來需要我們心理健康服務的相關資訊。

本手冊將說明何謂專業心理健康服務、您能否取得服務，以及您如何取得阿拉米達縣行為健康護理服務的協助。

您瞭解行為健康計畫 (下稱 BHP) 如何運作是相當重要的，如此才能取得您需要的服務。本手冊將說明您的福利以及如何取得護理服務，也將回答您的許多問題。

您將瞭解：

- 如何透過 ACBH 接受心理健康 (下稱 MH) 治療服務
- 您可以取得的福利
- 您有疑慮或問題時如何處理
- 您身為阿拉米達縣 BHP 會員所擁有的權利與責任

如果您現在不打算閱讀本手冊，您應該保留本手冊以便之後閱讀。本手冊和其他書面資料在 <http://www.acbhcs.org/resources-documentcenter-rfp/> 上皆有電子版本，也能透過阿拉米達縣行為健康免費取得紙本。如果您需要紙本，請洽 1-800-491-9099 聯繫 ACBH。

請使用本手冊補充您註冊 Medi-Cal 時所收到的資訊。

需要不同語言版本或格式的手冊嗎？

如果您所說的語言不是英語，可以取得免費的口譯員服務。ACBH ACCESS 計畫全年無休提供 - 請洽 1-800-491-9099。

如果您需要其他格式的手冊或其他書面資料，例如大字版本、點字版或口述版，也能致電 1-800-491-9099 聯繫 ACBH。ACBH 將會協助您。

如果您想取得本手冊或其他書面資料的非英語版本，ACBH 將透過電話以您的語言提供協助。

本手冊另提供下列語言版本。

- **Español (Spanish):**
Este folleto está disponible en Español
- **Tiếng Việt (Vietnamese):**
Tập sách này có bằng tiếng Việt
- **한국어 (Korean):**
이 책자는 한국어로 제공됩니다.
- **繁體中文 (Traditional Chinese)**
這本手冊有中文版
- **简体中文 (Simplified Chinese)**
这本手册有中文版
- **فارسی (Farsi)**
این اطلاعات به زبان فارسی موجود است.
- **Tagalog (Tagalog/Filipino)**
Ang impormasyong ito ay maaaring makuha sa Tagalog.

我的 BHP 負責哪些事項？

ACBH 負責下列事項：

- 瞭解您是否符合資格接受阿拉米達縣或其供應商網絡的行為健康服務。
- 提供全年無休的免付費電話，為您說明如何取得阿拉米達縣行為健康的服務 (電話：1-800-491-9099。)
- 安排足夠的供應商，確保您在需要時能取得阿拉米達縣行為健康涵蓋範圍內的心理健康治療服務。
- 為您提供資訊並說明 ACBH 提供的服務
- 免費以您的語言提供服務，或由口譯員 (如必要) 提供，以及讓您瞭解可以取得這類口譯員服務。
- 提供您書面資訊，讓您瞭解以其他語言或格式提供的資料，也就是帶有本指南語音報讀的 CD 和所有基本語言版本的其他通知資料，取得方式請洽您的供應商或前往下列網址：<http://www.acbhcs.org/>

- 本手冊的資訊若有任何重大變更，則在變更擬生效日期至少 30 天前通知您。重大變更係指提供服務的數量或類型增加或減少，或是網絡供應商的數量增加或減少，或是出現任何會影響您透過阿拉米達縣行為健康所接受的福利之其他變更。

如果我覺得受到歧視，該聯絡誰？

歧視是違法行為。加利福尼亞州及阿拉米達縣行為健康必須遵守適用之聯邦公民權利法律，不得因為種族、膚色、國籍、性別、年齡、殘疾而歧視。

阿拉米達縣行為健康：

- 提供免費輔助及服務給身心障礙人士，例如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式的書面資訊 (點字版、大字版本、口述版、近用電子格式與其他格式)
- 提供免費的語言服務給主要語言不是英語的人士，例如：
 - 合格的口譯員
 - 以基本語言提供的資訊

如果您需要這些服務，請致電 1-800-491-9099 聯繫 ACBH ACCESS。

如果您認為加利福尼亞州或阿拉米達縣行為健康並未提供上述服務，或是因為種族、膚色、國籍、性別、年齡、殘疾以別種方式歧視，您能透過以下管道提出申訴：

Alameda County Behavioral Health Consumer Assistance Office

2000 Embarcadero Cove, Suite 400

1-800-779-0787 (文字電話：711)

510.639.1346

下列網址可取得申訴表

<http://www.ACBH.org/consumer-grievance/>

您能親自提出申訴，或以郵遞或傳真方式提出。如果您在提出申訴上需要協助，請致電

1-800-779-0787 聯繫 ACBH Consumer Assistance Office。

您也可以透過 Office for Civil Rights 的投訴入口網站向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 以電子方式提出公民權利投訴，網址為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>。您能以郵遞或電話向以下單位提出公民權利投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

以下網址可取得投訴表 <https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>。

MEDI-CAL 計畫之資訊

誰能參加 Medi-Cal ?

許多因素都決定了您能接受 Medi-Cal 哪一類型的健康保險承保範圍。這些因素包含：

- 您的收入
- 您的年齡
- 您照顧的任何一位孩子的年齡
- 您是否懷孕、全盲或是身障人士
- 您是否參加了 Medicare

您必須住在加州內，才符合參加 Medi-Cal 的資格。如果您認為自己符合參加 Medi-Cal 的資格，請參閱下方的申請辦法。

我如何申請 Medi-Cal ?

在加州申請健康保險承保範圍時，並沒有時間限制，您可以隨時申請參加 Medi-Cal。您可以選擇下列方式的其中之一申請。

郵遞申請：利用英語和其他語言版本的單一簡化申請表申請 Medi-Cal，網址為 <http://www.dhca.ca.gov/services/med-cal/eligibility/Pages/SingleStreamApps.aspx>。填妥申請表後請寄至您當地的郡辦公室。請上網址 <http://dhcs.ca.gov/COL> 尋找您當地的郡辦公室地址，或見下方的阿拉米達縣 Social Service Agency 辦公室名單：

North Oakland Self Sufficiency Center

2000 San Pablo Ave
Oakland CA 94612

Eastmont Self-Sufficiency Center

6955 Foothill Blvd Suite 100
Oakland CA 94605

Enterprise Self Sufficiency Center

8477 Enterprise Way

Oakland CA 94621

Eden Area Multi-Service Center

24100 Amador St

Hayward CA 94544

SSA 辦公室名單 (續) :

Fremont Outstation

39155 Liberty St Ste C330

Fremont CA 94536

Livermore Outstation

2481 Constitution Drive, Suite B

Livermore CA 94551

電話申請：請致電您當地的郡辦公室以透過電話申請。您能在網址 <http://dhcs.ca.gov/COL> 上找到電話號碼；或見下方的阿拉米達縣 Social Service Agency 辦公室名單：

North Oakland

510-891-0700

Eden:South County

510-670-6000

Enterprise:East County

510-263-2420

Eastmont:East County

510-383-5300

Fremont Outstation

510-795-2428

Livermore Outstation

925-455-0747

線上申請：線上申請網址為 www.benefitscal.com 或 www.coveredca.com。由於 Medi-Cal 是以郡為級別提供，申請表將安全地直接轉至您當地的郡立社會服務辦公室。

現場辦理：若要現場辦理，請上網址 <http://dhcs.ca.gov/COL> 尋找您當地的郡辦公室，同一網址中也能取得填寫申請表的協助。

阿拉米達縣 Social Service Agency 之資訊：

http://www.alamedasocialservices.org/public/services/medical_and_health/index.cfm

如果您在申請上需要協助或有疑問，可以免費聯繫經過培訓的認證登記顧問 (CEC)。請洽 1-800-300-1506，或上網搜尋您當地的 CEC，網址為 <http://www.coveredca.com/get-help/local>。

如果您仍對 Medi-Cal 計畫有疑問，可以上網瞭解詳情，網址為 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/Steps-to-Medi-Cal.aspx>。

什麼是緊急服務？

緊急服務是為發生意外醫療狀況的受益人所提供的服務，包含精神方面的緊急醫療狀況。

緊急醫療狀況是指症狀非常嚴重 (可能包含劇烈疼痛)，以至於普通人會認為可能隨時會發生以下情況：

- 個人的健康 (對懷孕婦女而言則包含未出生胎兒的健康) 可能面臨嚴重問題
- 身體機能有嚴重障礙
- 任何身體器官或部位有嚴重障礙

精神方面的緊急醫療狀況是指普通人認為某人出現下列情況：

- 當事人疑似因為心理疾病而目前對其本人或他人造成危險
- 當事人疑似因為心理疾病而目前無法備餐或進食，或無法使用衣物或住所

Medi-Cal 全年無休 24 小時為受益人提供緊急服務。緊急服務不需要事先授權。Medi-Cal 計畫將涵蓋緊急狀況，包含醫療狀況與精神狀況 (情緒或心理)。如果您註冊加入 Medi-Cal，您不會因為掛急診而收到帳單，即使事後確定為非急診也一樣。如果您認為自己碰上緊急狀況，請撥 911 或前往任何醫院或其他醫療機構求助。

是否提供交通服務？

如果 Medi-Cal 受益人無法自行前往接受服務，並且有接受 Medi-Cal 承保的特定服務之醫療必要性，則可能會為受益人提供非緊急和非醫療交通服務。

如果您在交通方面需要協助，請聯繫您的管理式護理計畫以取得資訊和協助。如果您參加了 Medi-Cal，且未註冊參加管理式護理計畫，可以致電 1-800-300-1506 直接聯繫 Covered California。

如果我有自殺念頭，可以聯絡誰？

如果您或認識的人碰上危機，請致電 1-800-273-TALK (8255) 聯繫 National Suicide Prevention Lifeline。

當地居民如果碰上危機，需要協助以及使用當地的心理健康計畫，請致電 1-800-273-8255 聯繫 Crisis Support Services of Alameda County。

如何判斷您或認識的人需要協助

我如何判斷自己何時需要協助？

許多人在生活中都有遭遇困難的時候，也可能產生心理健康的問題。

您自問是否需要專業協助時，最重要的事情是相信自己。如果您符合 Medi-Cal 資格，而且認為自己可能需要專業協助，則應該向 ACBH 申請評估。

如果您有下列任一或多項徵兆，則可能需要協助：

- 幾乎每一天的大部分時間裡都覺得憂鬱 (或是覺得沒有希望、無助或情緒非常低落)
- 對於您平常喜歡做的事情失去興趣
- 體重在短期內明顯減少或增加
- 睡眠時間過長或過短
- 肢體動作減緩或過多
- 幾乎每天都覺得疲勞
- 覺得沒有用處或過度自責
- 難以思考、集中注意力及/或做決定
- 對睡眠的需求減少 (僅僅睡眠幾小時後就覺得「休息夠了」)
- 思緒過快無法跟上
- 說話語速過快或無法停止說話
- 覺得旁人都在針對自己
- 聽到旁人聽不見的人聲和/或聲音
- 看到旁人看不見的事物
- 無法去工作或上學
- 不在乎個人衛生 (保持乾淨)
- 有嚴重的人際關係問題
- 孤立或脫離人群
- 經常哭泣且沒有理由
- 經常無故生氣並「暴跳如雷」
- 情緒變化極端
- 大部分時間都覺得焦慮或擔心

- 出現旁人認為奇怪或怪誕的行為

我如何判斷兒童或青少年何時需要協助？

如果您認為自己的孩子或青少年子女出現任何心理健康問題的徵兆，可以聯繫 ACBH 為他們進行評估。如果您的孩子或青少年子女符合 Medi-Cal 的資格，而且郡內評估顯示您的孩子需要阿拉米達縣行為健康所承保的專業心理健康服務，阿拉米達縣行為健康將安排您的孩子或青少年子女接受服務。另外也有多項服務，提供給因為親職而感到身心疲憊或是有心理健康問題的父母。

下方的檢查清單能幫您評估自己的孩子是否需要協助，例如心理健康服務。如果孩子出現不止一種徵兆，或是徵兆長時間持續，則可能表示問題較為嚴重，需要專業協助。需要注意的徵兆有：

- 抱怨疼痛/痛苦
- 花較多時間獨處
- 容易疲憊，活力不佳
- 坐立不安，無法靜靜坐著
- 與師長互動出現問題
- 對上學不感興趣
- 行為舉止難以停下
- 過度作白日夢
- 容易分心
- 害怕新的事物
- 覺得悲傷和不快樂
- 易怒和生氣
- 覺得沒有希望
- 難以集中注意力
- 對朋友不感興趣
- 與他人爭吵
- 不去上學

- 在校成績退步
- 批評自己
- 就醫但未發現異狀
- 出現睡眠障礙
- 經常擔心
- 比以前更希望待在家長身邊
- 覺得自己「很糟」
- 承擔不必要的風險
- 經常受傷
- 看起來較難放鬆
- 行為比同齡者幼稚
- 不聽從規矩
- 不顯露情緒
- 不瞭解他人感受
- 欺負他人
- 對自己的行為不負責任
- 拿走不屬於他們的東西
- 拒絕分享事物

取得專業心理健康服務

什麼是專業心理健康服務？

專業心理健康服務包含數種心理健康服務，提供對象為患有一般醫生無法治療的心理疾病或情緒問題的人。這類疾病或問題的嚴重程度足以妨礙當事人繼續日常活動的能力。

專業心理健康服務包含：

- 心理健康服務
- 藥物輔助服務
- 目標個案管理
- 危機介入服務

- 危機穩定服務
- 成人居住型治療服務
- 危機居住型服務
- 日間加強治療服務
- 日間復健
- 精神病患住院服務
- 精神科醫療機構服務

除了上方列出的專業心理健康服務外，21 歲以下的受益人可以取得額外的服務。如果您想進一步瞭解您能取得的各項專業心理健康服務，請參閱本手冊的「服務範圍」。

我如何取得專業心理健康服務？

如果您認為自己需要專業心理健康治療服務，可以撥打阿拉米達縣 ACCESS 專線，電話號碼為 1-800-491-9099。

您也可以經由其他人或組織轉介至專業心理健康服務，包含但不限於您的醫生、學校、家庭成員、監護人、您的 Medi-Cal 管理式照護健康計畫或其他郡立機構。除非發生緊急狀況，否則您的醫生或 Medi-Cal 管理式照護健康計畫通常需要您的許可才能轉介，或是兒童家長或照顧者的許可。ACBH 不得拒絕進行初步評估，以判斷您是否符合接受阿拉米達縣行為健康服務的醫療必要性標準。

承保範圍內的專業心理健康服務是透過阿拉米達縣供應商網絡 (例如診所、治療中心、社區組織等等) 提供。如果簽約供應商不提供承保範圍內的服務，阿拉米達縣行為健康將安排另一位供應商提供該服務。

我能在何處取得專業心理健康服務？

您可以在您所居住的郡內取得專業心理健康服務。阿拉米達縣的居民請撥 1-800-491-9099 聯繫阿拉米達縣 ACCESS 以取得服務。阿拉米達縣行為健康為兒童、青少年、成人和老年人廣泛專業心理健康服務。如果您未滿 21 歲，則有資格接受早期與定期篩檢、診斷和治療 (EPSDT)，其中可能包含額外的承保服務和福利。

ACCESS 計畫將判斷您是否需要專業心理健康服務。如果您需要，阿拉米達縣行為健康的 ACCESS 會轉介您至心理健康服務供應商。

我如何取得阿拉米達縣行為健康承保範圍之外的其他心理健康服務？

如果您註冊參加 Medi-Cal 管理式照護健康計畫，您可以透過您的 Medi-Cal 管理式照護健康計畫取得以下門診心理健康服務：

- 個人及團體心理健康測試和治療 (心理治療)
- 評估心理健康狀況的心理測試
- 包括檢驗、藥物和醫療用品的門診服務
- 監控藥物治療的門診服務
- 精神科諮詢

如果您目前未參加 Medi-Cal 管理式照護健康計畫，您可以從 Medi-Cal 的合作個體供應商和診所取得上述服務。阿拉米達縣行為健康可以協助您找到能夠幫助您的供應商或診所，或是提供如何找到這類單位的建議。

任何 Medi-Cal 的合作藥房都可以按照治療心理健康狀況的處方簽配藥。

我如何取得阿拉米達縣行為健康承保範圍之外的其他 Medi-Cal 服務 (基礎照護/醫療)？

您有二種方式能取得阿拉米達縣行為健康承保範圍之外的 Medi-Cal 服務：

1. 加入 Medi-Cal 管理式照護健康計畫。

如果您是 Medi-Cal 管理式照護健康計畫的會員：

- 如果您需要健康照護，您的健康計畫會為您找到供應商。
- 您可以透過健康計畫、健康維護組織 (HMO) 或基礎照護個案管理師取得健康照護服務。
- 除非您需要緊急照護，否則您必須使用健康計畫中的供應商和診所。
- 您可以請健康計畫之外的供應商提供家庭計畫服務。
- 如果您不支付分擔費用，也就是在 Medi-Cal 管理式照護健康計畫開始支付健康照護的金額前，您所同意支付的金額，您才能加入健康計畫。

2. 透過與 Medi-Cal 合作的健康照護個人供應商或診所取得服務。

- 您可以透過 Medi-Cal 的合作個人供應商或診所取得健康照護。
- 取得服務之前，您必須告知供應商自己有參加 Medi-Cal。否則，您可能需要為這些服務付費。
- 健康照護的個人供應商和診所不一定必須為 Medi-Cal 病患看診，也可能選擇只為少數 Medi-Cal 病患看診。

如果我有酒精或藥物方面的問題，該怎麼辦？

如果您認為自己需要物質使用障礙 (SUD) 的治療服務，可以自行向郡立計畫申請取得這類服務。您可以撥打本手冊前文章節中所列出的郡立免付費電話號碼。您也能透過其他方式轉介至郡立計畫，取得 SUD 治療服務。如果醫生和其他基礎照護供應商認為您可能需要 SUD 治療服務，或者您是 Medi-Cal 管理式照護健康計畫的會員，則您的郡立計畫必須接受上述單位轉介您接受 SUD 治療服務。除非發生緊急狀況，否則供應商或 Medi-Cal 管理式照護健康計畫通常需要您的許可才能轉介，或是兒童家長或照顧者的許可。其他人和組織也能轉介您至郡立計畫，包含學校、郡立福利或社會服務部門、守護人、監護人或家庭成員，以及執法機構。

承保範圍內的服務可透過阿拉米達縣的供應商網絡取得。如果任何簽約供應商提出反對，不提供或支援任何承保範圍內的服務。阿拉米達縣將安排另一位供應商提供該服務。如果承保服務因為供應商在宗教、倫理或道德上反對提供服務而無法取得，阿拉米達縣將及時轉介與協調。

適用時，所有受益人將透過阿拉米達縣的 DMC ODS 服務計畫收到信件，告知受益人服務供應商之變更。在服務開始時和受益人提出申請後，簽約供應商會將手冊發給所有受益人。阿拉米達縣 DMC ODS 網絡的供應商必須提供一份受益人手冊，並將協助您確認您是否符合資格。

醫療必要性標準

什麼是醫療必要性？它為什麼重要？

「醫療必要性」是透過 ACBH 接受專業心理健康服務的必要要求之一。這表示醫生或其他擁有執照的專業人士將和您談一談，以決定您有無接受服務的醫療需求，以及接受服務對您有無幫助。

醫療必要性有助判斷您是否符合享受專業心理健康服務的資格，以及何種專業心理健康服務是合適的。在取得專業心理健康服務的程序中，確定醫療必要性是很重要的一部分。

您不需要確定自己確診患有特定心理疾病，也能尋求協助。ACBH 將透過評估協助您取得此資訊。如果評估結果確定您的心理健康狀況符合醫療必要性標準，則將根據您的需求提供專業心理健康的住院或門診治療。

未滿 21 歲者的醫療必要性標準是什麼？

如果您未滿 21 歲、擁有全範圍的 Medi-Cal，而且有阿拉米達縣行為健康承保的診斷，那麼阿拉米達縣行為健康也將考慮專業心理健康服務能否防止您的心理健康狀況惡化。如果阿拉米達縣行為健康承保的服務將矯正或改善您的心理健康，那麼阿拉米達縣行為健康將提供這些服務。

精神病患住院服務的醫療必要性標準是什麼？

如果您患有心理疾病或出現相關症狀、無法在較低級別的照護下安全接受治療，而且因為心裡疾病或相關症狀而出現下列現象時，您可能必須緊急住院：

- 對自己或旁人構成危險，或有嚴重物品毀壞行為
- 無法備餐或進食，或無法使用衣物或住所
- 為自己的生理健康帶來嚴重風險
- 運作機能近來顯著惡化
- 需要精神疾病評估、藥物治療或其他醫院才能提供的治療

選擇供應商

我如何尋找自己需要的專業心理健康服務供應商？

若要開始取得 ACBH 的 SMHS，請致電 1-800-491-9099 聯繫 ACCESS 計畫。

阿拉米達縣行為健康可能會對您在供應商的選擇上設立一些限制。除非阿拉米達縣行為健康有充分理由解釋為何無法提供選擇 (例如只有一個供應商能提供您需要的服務)，否則在您最初開始使用服務時，ACBH 必須讓您從至少二個供應商中擇一。ACBH 也必須允許您更換供應商。除非有充分理由，否則您要求更換供應商時，阿拉米達縣行為健康必須允許您從至少二個提供者中擇一。

有時候簽約供應商會自行或應阿拉米達縣行為健康的要求而退出。發生這種情況時，阿拉米達縣行為健康必須在獲悉供應商將停止服務後 15 天內，盡力交付書面通知給每一位接受該供應商專業心理健康服務的人。

ACBH 必須線上發布最新的供應商名單。如果您對目前的供應商有疑問或希望取得最新的供應商名單，請造訪 ACBH 的網站 http://www.ACBH.org/provider_directory/ 或撥打本手冊前文章節中的免付費電話號碼。

我找到供應商後，阿拉米達縣行為健康能告知供應商我取得何種服務嗎？

您、您的供應商、阿拉米達縣行為健康都會依照醫療必要性標準與承保服務清單，參與決定您需要透過阿拉米達縣行為健康取得何種服務。阿拉米達縣行為健康必須透過合格的專業人士執行服務授權的審核。此審核程序稱為「計畫支付授權程序。」

阿拉米達縣行為健康授權程序必須依循特定時間表。以標準授權來說，阿拉米達縣行為健康必須依照您供應商的申請在 14 個曆日之內決定。如果您或供應商提出申請，或是阿拉米達縣行為健康認為透過供應商取得更多資訊對您有利時，則時間表能延展最多 14 個額外曆日。延展可能對您有利的例子，是阿拉米達縣行為健康認為，如果 ACBH 能從您的

供應商取得額外資訊，或許就能核准該供應商的治療申請。如果阿拉米達縣行為健康延展供應商申請的時間表，阿拉米達縣將寄送延展的書面通知給您。

如果阿拉米達縣行為健康決定您不需要先前申請的服務，則阿拉米達縣行為健康必須寄送不利福利認定通知給您，告知您服務受到拒絕，以及您可以提出上訴或要求舉行州聽證會。

您可以要求阿拉米達縣行為健康提供更多授權程序的資訊。請參閱本手冊的前文章節以瞭解如何申請資訊。

如果您不同意阿拉米達縣行為健康對於某項授權程序的決定，您可以向阿拉米達縣提出上訴。

我的 BHP 使用哪些供應商？

ACBH 會利用四種不同類型的供應商提供專業心理健康服務。四種供應商分別為：

個人供應商：心理健康專業人士，例如與您的郡立 BHP 簽約，在辦公室及/或社區機構提供專業心理健康服務的醫生。

團體供應商：心理健康專業人士團體，例如以專業團體身分與 ACBH 簽約，在辦公室及/或社區機構提供專業心理健康服務的團體。

組織供應商：由阿拉米達縣行為健康所有或經營的心理健康診所、機構或設施，或是與您的郡立 BHP 簽約，在診所及/或社區機構提供服務的診所、機構或設施。

醫院供應商：您可以在醫院接受照護或服務，這可能是緊急事件或危機/急救治療的一部分。

阿拉米達縣行為健康必須線上發布最新的供應商名單。如果您對目前的供應商有疑問或希望取得最新的供應商名單，請造訪 http://www.ACBH.org/provider_directory/ 或撥打本手冊前文章節中的免付費電話號碼。

服務範圍

如果您符合專業心理健康服務的醫療必要性標準，您可以依照評估和個人化客戶計畫中所記錄的服務需求取得下列服務。

- **心理健康服務**

- 心理健康服務是個人、團體或家庭治療服務，協助心理疾病患者培養日常生活的應對技能。這些服務也包含供應商為了接受服務的患者提升服務品質所做的工作。這些工作包含：評估您是否需要服務以及服務是否有效；制訂計畫，以決定您的心理健康治療目標和往後提供的特定服務；以及「保障」，也就是與家庭成員和您生命中的重要人士 (如果您允許) 合作，幫助您改善或維持您的日常生活能力。心理健康服務的提供地點可以是診所或供應商辦公室、電話或遠端醫療，或是您的家中或其他社區機構。

- **藥物輔助服務**

- 這類服務包含精神科藥物的處方開立、施用、調劑和監控，以及與精神科藥物的相關衛教。藥物輔助服務的提供地點可以是診所或供應商辦公室、電話或遠端醫療，或是在家中或其他社區機構。

- **目標個案管理**

- 此服務是在心理疾病患者難以自行取得醫療、教育、社會、職前、職業、復健或其他社區服務時，提供患者協助。目標個案管理包含計畫制訂，溝通、協調和轉介，監督服務交付以確保患者能使用服務及服務交付系統，以及監督患者的進度。

- **危機介入服務**

- 此服務的提供是為了處理需要立即診察的緊急情況。危機介入的目標是協助社區中的病患，使他們不至於住進醫院。危機介入最長時間為八小時，提供

地點可以是診所或供應商辦公室、電話或遠端醫療，或是在家中或其他社區機構。

- **危機穩定服務**

- 此服務的提供是為了處理需要立即診察的緊急情況。危機穩定最長時間為 20 小時，而且提供地點必須是擁有執照的 24 小時健康照護機構、醫院門診計畫，或是經認證能提供危機穩定服務的供應商場地。

- **成人居住型治療服務**

- 這類服務提供心理健康治療和技能培養，對象是住在為心理疾病患者提供居住型治療服務的持照醫療機構中之病患。這類服務為 24 小時全年無休提供。Medi-Cal 不承擔在提供成人居住型治療服務的醫療機構中之食宿費用。

- **危機居住型治療服務**

- 這類服務提供心理健康治療和技能培養，對象為有嚴重心理或情緒危機，但不需要精神病院內照護的病患。這類服務在持照醫療機構內為 24 小時全年無休提供。Medi-Cal 不承擔在提供危機居住型治療服務的醫療機構中之食宿費用。

- **日間加強治療服務**

- 這是一項結構化的心理健康治療計畫，提供對象為可能需要前往醫院或其他 24 小時照護機構的病患。本計畫每天進行至少三個小時，病患晚間能回到自己的家中。本計畫包括技能培養活動、治療以及心理治療。

- **日間復健**

- 這是一項結構化的計畫，旨在幫助心理疾病病患學習和培養應對技能與生活技能，以及更有效地管理心理疾病的症狀。本計畫每天進行至少三個小時，本計畫包括技能培養活動與治療。

- **精神病患住院服務**
 - 這類服務的提供地點是持照的精神科醫院，服務提供需要持照的心理健康專業人士確認，當事人需要 24 小時的心理健康加強治療。

- **精神科醫療機構服務**
 - 這類服務的提供地點是專門為嚴重心理健康狀況提供 24 小時復健治療的持照心理健康機構。精神科醫療機構必須與鄰近醫院或診所訂立協議，以滿足機構病患的生理健康照護需求。

有沒有為兒童、青少年和/或年輕人提供的特殊服務？

未滿 21 歲的受益人可以透過「早期與定期篩檢、診斷和治療」(EPSDT) 這項全國計畫取得額外的 Medi-Cal 服務。

接受 EPSDT 服務的資格為年齡未滿 21 歲，並且擁有全範圍的 Medi-Cal。EPSDT 服務會矯正或改善您的醫師或其他健康照護服務供應商所發現的醫療問題，即使該問題不會完全消失也一樣。

請向您的醫師或診所詢問 EPSDT 服務的資訊。如果您和醫師或其他醫療供應商、診所或郡立部門同意您對上述服務有醫療必要性的需求，而且提出服務申請給阿拉米達縣行為健康審核，那麼您可能可以取得上述服務。

如果您對 EPSDT 計畫有疑問，請致電 1-800-491-9099。

阿拉米達縣行為健康也為兒童、青少年和未滿 21 歲之年輕人提供以下特殊服務：治療型行為服務、重症照護協調、加強型家庭服務和治療型寄養服務。

治療型行為服務 (TBS)

TBS 是加強型的個人化短期門診治療介入措施，對象為 21 歲以下之受益人。接受這些服務的個人有嚴重的情緒障礙，面臨充滿壓力的過渡期或人生危機，並需要額外的短期特定支援服務，以達成其書面治療計畫中訂定的結果。

如果您有嚴重的情緒問題，TBS 是透過各 BHP 提供的一種專業心理健康服務。您必須接受一項心理健康服務、未滿 21 歲且擁有全範圍的 Medi-Cal，才能取得 TBS。

- 如果您住在家中，TBS 工作人員可以為您提供一對一服務，以減少嚴重的行為問題，設法讓您不需要接受更高級別的照護，例如為了有極嚴重情緒問題的兒童、青少年及年輕人所提供的集體住所。
- 如果您目前住在為了有極嚴重情緒問題的兒童、青少年及年輕人所提供的集體住所，TBS 工作人員能為您提供服務，讓您有機會改接受較低級別的照護，例如寄養家庭或回家。TBS 將協助您和家人、照護者或監護人學習處理問題行為的新方法，以及如何增加讓您有所成就的行為類型。您、TBS 工作人員、您的家人、照護者或監護人將以團隊方式合作，在短時間內處理問題行為，直到您不再需要 TBS 為止。您的 TBS 計畫將說明您、您的家人、照護者或監護人，還有 TBS 工作人員在 TBS 期間負責的事情，以及 TBS 實施的時間和地點。TBS 工作人員能在您可能需要協助處理問題行為的大多數地點中為您服務，地點包含您的家中、寄養家庭、集體住所、學校、日間治療計畫以及社區裡的其他地點。

重症照護協調 (ICC)

ICC 是一種目標個案管理服務，有助於服務的評估、照護規劃與協調，對象為未滿 21 歲、有資格接受全範圍 Medi-Cal 服務，並且符合該服務之醫療必要性標準的受益人。

ICC 服務內容包含評估、服務規劃和實施、監控及調整，以及過渡。ICC 服務是根據核心實踐模型 (CPM) 的原則提供，包含建立兒童與家庭團隊 (CFT) 以確保促進兒童、其家庭和相關兒童服務系統之間的合作。

CFT 包含正式支援 (例如兒童服務機構的照護協調員、提供者和個案管理師)、自然支援 (例如家庭成員、鄰居、朋友和牧師)，以及合作開發和實施客戶計畫並負責支援兒童及其家人實現目標的其他個人。ICC 另提供具有以下職責的 ICC 協調員：

- 確保具有醫療必要性的服務在取得、協調、提供方式上能以優勢為基礎、個人化、以客戶為導向，並且符合個案文化和語言。
- 確保服務和支援以兒童的需求為主。
- 在兒童、其家庭以及為他們提供服務的相關系統之間，促進合作關係。
- 支援父母/照護者滿足其子女的需求。
- 協助建立 CFT 並提供持續支援。
- 在提供者和兒童服務系統之間組織以及配對照護，讓兒童在所屬社區內取得服務。

加強型家庭服務 (IHBS)

IHBS 是個人化、以優勢為基礎的介入措施，旨在改善干擾兒童/青少年運作機能的心理健康狀況，目的是協助兒童/青少年培養成功融入家庭和社區的必要技能，以及加強兒童/青少年的家庭幫助他們成功融入家庭和社區的能力。

IHBS 服務的提供依據為個人化治療計畫，該計畫是由 CFT 根據 CPM 協調當事人家庭的整體服務計畫所制定，其中可能包含 IHBS。服務活動可能包含但不限於評估、計畫制定、治療、復健和保障。IHBS 的提供對象為未滿 21 歲、有資格取得全範圍 Medi-Cal 服務且符合該服務醫療必要性標準之受益人。

治療型寄養服務 (TFC)

TFC 服務模式能為未滿 21 歲、具有複雜情緒和行為需求的人提供短期的加強型創傷知情個人化專業心理健康服務。服務包含計畫制定、復健和保障。TFC 下的兒童會安置給受過訓練與加強監督的寄養 TFC 家長。

不利福利認定

什麼是不利福利認定通知？

ACBH 決定減少或拒絕您接受 Medi-Cal 專業心理健康服務時，將以不利福利認定通知表告知您。不利福利認定通知也會用於告知您的申訴、上訴或加速上訴並未在時間內有所決議，或是告知您並未在阿拉米達縣行為健康提供服務的時間表標準內取得服務。

我何時會收到不利福利認定通知？

下列任一情況發生時，您將收到不利福利認定通知：

- ACBH 或其供應商之一認為您因為不符合醫療必要性標準，所以不符合接受任何 Medi-Cal 專業心理健康服務的資格。
- 您的供應商認為您需要專業心理健康服務，並向阿拉米達縣行為健康申請核准，但是阿拉米達縣行為健康不同意且拒絕該供應商之申請，或是減少該服務之類型或頻率。大多數情況中，您將在接受服務之前收到不利福利認定通知，但有時候您會在接受服務之後或當時才收到通知。如果您在接受服務之後才收到不利福利認定通知，則不需要支付服務費用。
- 您的供應商請求阿拉米達縣行為健康核准，但是阿拉米達縣行為健康需要更多資訊以做出決定，而且未準時完成核准程序。
- ACBH 依照其訂定之時間表，無法提供服務給您。請致電 ACBH 以瞭解 ACBH 是否訂定了時間表標準。
- 您向阿拉米達縣行為健康提出申訴，但阿拉米達縣行為健康未能在 90 天內以書面決議回覆您的申訴。
- 您向阿拉米達縣行為健康提出上訴，但阿拉米達縣行為健康未能在 30 天內以書面決議回覆您的上訴，或是未能在 72 小時內回覆您的加速上訴。

我未取得想要的服務時，一定會收到不利福利認定通知嗎？

部分情況中，您可能不會收到不利福利認定通知。您仍然可以向阿拉米達縣行為健康提出上訴，或是在這類情況發生時，在完成上訴程序後申請舉行州聽證會。本手冊內含提出上訴或申請舉行州聽證會之資訊。您供應商的辦公室內應該也有相關資訊。

不利福利認定通知會告知我什麼資訊？

不利福利認定通知告知您的資訊有：

- 會影響您以及您能否取得服務的 ACBH 之決定
- 決定生效日期以及阿拉米達縣行為健康做出該決定的原因
- 阿拉米達縣行為健康做決定時所依循的州規則或聯邦規則
- 您不同意阿拉米達縣行為健康的決定時，您所擁有的權利
- 如何向阿拉米達縣行為健康提出上訴
- 如何申請舉行州聽證會
- 如何申請加速上訴或舉行加速州聽證會
- 如何取得協助，提出上訴或申請舉行州聽證會
- 您有多少時間能提出上訴或申請舉行州聽證會
- 您等待上訴或州聽證會決定時，有無資格繼續接受服務
- 您想繼續接受服務時，必須提出上訴或申請舉行州聽證會的時間

收到不利福利認定通知時，我該怎麼辦？

您收到不利福利認定通知時，請仔細閱讀表格上的所有資訊。如果您不理解表格資訊，ACBH 可以協助您。您也可以請求他人協助。

您提出上訴或申請舉行州聽證會時，可以申請延續遭到中止的服務。收到不利福利認定通知後 10 天內，或是在變更生效日期之前，您必須申請延續服務。

問題解決程序

如果我不能透過自己的行為健康計畫取得想要的服務，該怎麼辦？

阿拉米達縣行為健康有辦法讓您解決物質使用障礙服務相關議題的問題。此辦法名為問題解決程序，其中可能涉及：

1. **申訴程序**：表達您對專業心理健康服務任何事物的不滿
2. **上訴程序**：審核阿拉米達縣行為健康或您的供應商為了您的專業心理健康服務所做的某一項決定 (如否決或變更服務)
3. **州聽證會程序**：審核程序，旨在確保您接受 Medi-Cal 計畫提供給您的專業心理健康服務

提出申訴、上訴或舉行州聽證會不會對您不利，也不會影響您正在接受的服務。您的申訴或上訴完成時，ACBH 將通知您和其他相關人等最終結果。您的州聽證會申請定案後，State Hearing Office 將通知您和其他相關人等最終結果。

請參閱下文以進一步瞭解各項問題解決程序。

我能否取得關於提出上訴、申訴或請求舉行州聽證會的協助？

ACBH 有專人能向您解釋這類程序，並協助您將問題以申訴、上訴或是請求舉行州聽證會的形式呈報。ACBH 也能協助您確定您是否符合「加速」程序的資格，這表示該程序會因為您的健康及/或穩定性面臨風險，而加快審查速度。您也能授權其他人代表您，例如您的專業心理健康服務供應商。

如果您需要協助，請致電 1-800-779-0787。

如果我在解決 ACBH 的問題上需要協助，但不想提出申訴或上訴，該怎麼辦？

如果您遇上困難，在郡內找不到合適的人幫您使用郡立系統，您可以從州立單位取得協助。您可以聯繫 Department of Health Care Services, Office of the Ombudsman，在週一至週五上午 8 點至下午 5 點之間 (例假日除外) 致電 (888) 452-8609，或寄電子郵件至

MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov。請注意：電子郵件訊息不視為機密性資訊。請勿在電子郵件訊息中透露個人資訊。

您也能透過您當地的法律扶助辦公室或其他團體取得免費的法律協助。您可以詢問 Public Inquiry and Response Unit 有關聽證會權利或免費法律扶助的資訊，聯絡方式：

免付費電話：1-800-952-5253

文字電話：1-800-952-8349

申訴程序

什麼是申訴？

申訴是表達不滿的一項方式，範圍為上訴和州聽證會程序所未涵蓋的專業心理健康服務相關事務。

申訴程序將：

- 涉及一些簡單易懂的程序，讓您以口頭或書面方式提出申訴。
- 不會以任何形式懲罰您或您的供應商。
- 讓您授權其他人代表您，例如專業心理健康服務供應商。如果您授權其他人代表您，阿拉米達縣行為健康可能會要求您簽署一份表格，授權阿拉米達縣行為健康向此人揭露資訊。
- 確保個人符合做出決定的資格，而且並未參與任何前一級別的審核或決策過程。
- 識別您、ACBH 以及您的供應商之角色與責任。
- 在規定時間內提出申訴決議。

我何時能提出申訴？

如果您不滿意阿拉米達縣行為健康提供的專業心理健康服務，或是對阿拉米達縣行為健康有其他疑慮，可以隨時向郡立計畫提出申訴。

我如何提出申訴？

您可以致電 ACBH 的免付費電話號碼 (1-800-779-0787) 以取得申訴的相關協助。免付費電話號碼也能在本手冊前文章節中找到。阿拉米達縣行為健康將在所有供應商場地中提供回郵信封，讓您以郵遞方式提出申訴。如果您沒有回郵信封，可以將申訴內容直接寄至本手冊前文章節所列出的地址。申訴可透過口頭或書面方式提出，口頭申訴之後無需追加書面申訴。

我如何知道阿拉米達縣行為健康是否收到了我的申訴？

ACBH 會寄送確認書給您，告訴您已收到申訴。

我的申訴何時會有決定？

阿拉米達縣行為健康必須在您提出申訴後的 90 個曆日之內，對您的申訴做出決定。如果您申請延長期限，或是阿拉米達縣行為健康認為需要更多資訊且延期對您有利，則做出決定的期限最多能延長 14 個曆日。延期可能對您有利的例子之一，是阿拉米達縣行為健康認為如果有更多時間向您或其他相關人士取得資訊，或許就能解決您的申訴。

我如何知道阿拉米達縣行為健康是否已經對我的申訴做出決定？

針對您的申訴做出決定後，阿拉米達縣行為健康會以決定書通知您或您的代表。如果 ACBH 未能準時將申訴決定告知您或任何受影響者，阿拉米達縣行為健康會提供您不利福利認定通知，說明您有請求舉行州聽證會的權利。ACBH 將在時限截止當天提供您不利福利認定通知。

提出申訴有截止日期嗎？

沒有，您隨時皆可提出申訴。

上訴程序 (標準和加速)

ACBH 須負責讓您提出申請，審核阿拉米達縣行為健康或您的供應商為您的專業心理健康服務所做的決定。請求審核的方式有二種，第一方式是標準上訴程序，另一種方式則是加速上訴程序。這二種上訴方式雖然類似，但是加速上訴須滿足特定條件，請參閱下方的特定條件說明。

什麼是標準上訴？

標準上訴是針對阿拉米達縣行為健康或您的供應商拒絕或變更您認為需要的服務之決定，申請審核。如果您提出標準上訴，阿拉米達縣行為健康最長可能需要 30 天審查。如果您認為等待 30 天將使您面臨健康風險，您應該要求「加速上訴。」

標準上訴程序將：

- 讓您以口頭或書面方式提出上訴。如果您口頭提出上訴，後續必須追加附有簽名的上訴書。您可以請人協助撰寫上訴書。如果您後續未提交附有簽名的上訴書，將不再受理您的上訴程序。然而，您提出口頭上訴的日期即為上訴提交日期。
- 確保提出上訴不會對您或您的提供者產生任何不利影響。
- 讓您授權其他人代表您，例如供應商。如果您授權其他人代表您，阿拉米達縣行為健康可能會要求您簽署一份表格，授權 BHP 向此人揭露資訊。
- 在申請上訴後的規定時間內延續您的福利，規定時間為 10 天，從不利福利認定通知郵寄或當面交給您的當天算起。在上訴待決期間，您不必為延續接受服務而付費。如果您申請延續福利，但上訴的最終決定是維持減少或中止您所接受服務的裁決，您可能需要支付上訴待決期間的服務費用。
- 確保個人符合做出決定的資格，而且並未參與任何前一級別的審核或決策過程。
- 讓您或您的代表檢查您的病例檔案，包含您的病歷和上訴程序期間用以參考的任何文件或紀錄。
- 讓您有合理機會當面或以書面提供證據和證詞，以及作出事實或法律論證。
- 讓您、您的代表或已故會員遺產的法定代表人列為上訴當事人。
- 寄送確認書，告知您上訴正在接受審核。

- 在完成上訴程序後，說明您擁有請求舉行州聽證會的權利。

我何時能提出上訴？

以下任一情況中，您都能向 ACBH 提出上訴：

- 阿拉米達縣行為健康或郡內簽約供應商之一認為您因為不符合醫療必要性標準，所以不符合接受任何 Medi-Cal 專業心理健康服務的資格
- 您的供應商認為您需要專業心理健康服務，並向阿拉米達縣行為健康申請核准，但是阿拉米達縣行為健康不同意且拒絕該供應商之申請，或是減少該服務之類型或頻率
- 您的供應商請求阿拉米達縣行為健康核准，但是阿拉米達縣行為健康需要更多資訊以做出決定，而且未準時完成核准程序
- ACBH 依照阿拉米達縣行為健康訂定之時間表，無法提供服務給您
- 您認為阿拉米達縣行為健康提供您所需服務的速度不夠快
- 您的申訴、上訴或加速上訴未能及時有所決議
- 在您需要的專業心理健康服務上，您和您的供應商意見相左。

我如何提出上訴？

您可以致電 ACBH 的免付費電話號碼，以取得提出上訴的相關協助。免付費電話號碼也能在本手冊前文章節中找到。阿拉米達縣行為健康將在所有供應商場地中提供回郵信封，讓您以郵遞方式提出上訴。如果您沒有回郵信封，可以將上訴內容直接寄至本手冊前文章節所列出的地址。上訴可透過口頭或書面方式提出，如果您口頭提出上訴，後續必須追加附有簽名的上訴書。

我如何知道我的上訴已經有決定了？

ACBH 將以書面通知您或您的代表，告知對您上訴所做之決定。該通知將載明下列資訊：

- 上訴解決程序的結果
- 做出上訴決議的日期
- 如果上訴決議未完全對您有利，上述通知將說明您請求舉行州聽證會的權利，以及請求舉行州聽證會的程序

提出上訴有截止日期嗎？

您必須在不利福利認定通知日期的 60 天內提出上訴。請注意，您不一定會收到不利福利認定通知。您未收到不利福利認定通知時，提出上訴沒有截止日期，所以您能隨時提出此類上訴。

我的上訴何時會有決議？

阿拉米達縣行為健康收到您的上訴申請後，必須在 30 個曆日內對您的上訴做出決定。如果您申請延長期限，或是阿拉米達縣行為健康認為需要更多資訊且延期對您有利，則做出決定的期限最多能延長 14 個曆日。延期對您有利的例子之一，是阿拉米達縣行為健康認為如果有更多時間向您或您的供應商取得資訊，或許就能核准您的上訴。

如果我無法為上訴決議等待 30 天，該怎麼辦？

如果符合加速上訴程序的條件，上訴程序可能可以加快。

什麼是加速上訴？

加速上訴是加快上訴決議的方式。加速上訴程序與標準上訴程序類似。但是，

- 您的上訴必須滿足特定條件
- 加速上訴程序與標準上訴程序的截止日期也不同
- 您可以口頭提出加速上訴。您不必以書面方式提出加速上訴。

我何時能提出加速上訴？

如果您認為等待標準上訴決議長達 30 天會危及您的性命、健康或損害您達到、維持或恢復最完善機能的能力，您可以申請加速解決上訴。如果阿拉米達縣行為健康同意您的上訴符合加速上訴的條件，ACBH 將在阿拉米達縣行為健康收到上訴後 72 小時內解決您的加速上訴。如果您申請延長期限，或是阿拉米達縣行為健康指出需要更多資訊且延期對您有利，則做出決定的期限最多能延長 14 個曆日。如果 ACBH 延長期限，阿拉米達縣行為健康將以書面向您解釋延長期限的原因。

如果阿拉米達縣行為健康決定您的上訴不符合加速上訴的條件，阿拉米達縣行為健康必須盡合理努力及時以口頭通知您，並在二個曆日內以書面告知您該項決定的理由。在這之後，您的上訴將依循本節先前所載明的標準上訴時間表。如果您不同意阿拉米達縣行為健康認為您的上訴不符合加速上訴標準的決定，您可以提出申訴。

一旦 ACBH 解決您的加速上訴申請，阿拉米達縣行為健康將以口頭和書面方式通知您以及所有受影響之當事人。

州聽證會程序

什麼是州聽證會？

州聽證會是 California Department of Social Services 執行的獨立審核程序，以確保您取得 Medi-Cal 計畫提供給您的專業心理健康服務。

我有哪些州聽證會權利？

您有權利：

- 請求 California Department of Social Services 舉行聽證會 (又稱州聽證會)
- 瞭解如何請求舉行州聽證會
- 瞭解州聽證會的代表規則
- 您在規定時間內申請舉行州聽證會時，則可以在州聽證會程序期間申請繼續取得福利

我何時能申請舉行州聽證會？

以下任一情況中，您能請求舉行州聽證會：

- 您提出上訴並收到了不利福利認定通知信，告知您 ACBH 仍舊不會提供服務，或是拒絕您的請求
- ACBH 或郡內簽約供應商之一認為您因為不符合醫療必要性標準，所以不符合接受任何 Medi-Cal 專業心理健康服務的資格
- 您的供應商認為您需要專業心理健康服務，並向阿拉米達縣行為健康申請核准，但是阿拉米達縣行為健康不同意且拒絕該供應商之申請，或是減少該服務之類型或頻率
- 您的供應商請求阿拉米達縣行為健康核准，但是阿拉米達縣行為健康需要更多資訊以做出決定，而且未準時完成核准程序
- ACBH 依照阿拉米達縣行為健康訂定之時間表，無法提供服務給您
- 您認為阿拉米達縣行為健康提供您所需服務的速度不夠快
- 您的申訴、上訴或加速上訴未能及時有所決議

- 在您需要的專業心理健康服務上，您和您的供應商意見相左。

我如何申請舉行州聽證會？

您能寫信直接向 California Department of Social Services 申請舉行州聽證會，地址為：

*California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430*

您也能致電 1-800-952-5253，文字電話為 1-800-952-8349。

申請舉行州聽證會有無截止日期？

您只有 120 個曆日可申請舉行州聽證會。這 120 天會從阿拉米達縣行為健康請專員遞交上訴裁決通知給您的隔日開始計算，或從郡上訴裁決通知的郵戳日期隔日開始計算。

如果您並未收到不利福利認定通知，可以隨時申請舉行州聽證會。

等待州聽證會決議時，我可以繼續使用服務嗎？

可以，但可能有一些限制。如果您想繼續使用治療服務，則必須在收到不利福利認定通知的 10 天內提出申請。

如果您申請延續福利，但州聽證會的最終決定是維持減少或中止您所接受服務的裁決，您可能需要支付州聽證會待決期間所接受的服務之費用。

如果我想在等待州聽證會決議期間繼續使用服務，該怎麼做？

如果您想繼續使用治療服務，則必須在收到不利福利認定通知的 10 天內提出申請。

我的州聽證會何時會有決議？

您申請舉行州聽證會後，最長可能需要 90 天才能判決您的案件並給您答覆。

如果我無法為州聽證會的決議等待 90 天，該怎麼辦？

如果您認為長時間等待對您的健康有害，您可能可以在三個工作天內取得答覆。請要求您的醫生或心理健康專業人士為您撰寫信函，信中必須詳細解釋，若是等待您的案件決議長達 90 天，會如何嚴重危害您的性命、健康，或是達到、維持或恢復最完善機能的能力。在此之後，請務必申請舉行「加速聽證會」並在信中提出您的聽證會申請。

Department of Social Services, State Hearings Division 將審核您的加速州聽證會申請，並決定此案是否符合條件。如果您的加速州聽證會申請獲得核准，State Hearings Division 在收到申請後的三個工作天內將舉行聽證會，並發出聽證會決議。

預立醫囑

什麼是預立醫囑？

您有權利訂立預立醫囑。預立醫囑是一份受到加州法律承認的書面指示，內容與您的健康照護相關。預立醫囑內的資訊會說明您希望如何接受健康照護，或是在您無法表達自我意願時載明您希望做出什麼樣的決定。預立醫囑有時也稱為生前遺囑或永久授權書。

加州法律定義預立醫囑為口頭或書面的個人健康照護指示或授權書 (授權某人代表您做決定的書面文件)。所有 BHP 必須制定預立醫囑的相關政策。如果有人索取資訊，ACBH 必須提供阿拉米達縣行為健康預立醫囑政策的書面資訊以及加州法律的說明。如果您想索取資訊，則應該致電本手冊前文章節所列出的 ACBH 免付費電話號碼，以取得更多資訊。

預立醫囑旨在讓病患掌握自己的治療方向，病患無法為自己的照護提供指示時，尤其重要。預立醫囑是一份在病患無法做出健康照護的相關決定時，讓當事人提前表達自身意願的法律文件。醫囑中可能包含接受或拒絕醫療服務、手術的權利，或是做出其他健康照護選擇的權利。在加州，預立醫囑分為二部分：

1. 您指定一位代理人 (某人) 為自己的健康照護做出決定；以及
2. 您的個人健康照護指示

您可以透過您的心理健康計畫或在線上取得預立醫囑表格。在加州，您有權利向您所有的健康照護供應商提供預立醫囑指示。您也有權利隨時變更或撤銷您的預立醫囑。

如果您對於預立醫囑要求相關的加州法律有疑問，可以寄信至：

California Department of Justice
Attn: Public Inquiry Unit,
P. O. Box 944255
Sacramento, CA 94244-2550

受益人權利與責任

我是專業心理健康服務的接受者，我有哪些權利？

如果您符合接受 Medi-Cal 的資格，就有權利透過阿拉米達縣行為健康接受具有醫療必要性的專業心理健康服務與物質使用障礙服務。取得這些服務時，您有權利：

- 受到個人尊重，在尊嚴和隱私權上也受到尊重
- 瞭解現有的治療選擇，並以您能瞭解的方式取得相關解釋
- 參與您心理健康照護的相關決定，包含拒絕治療的權利
- 免於遭受為了強迫、懲戒、便利、懲罰或報復而實施的任何形式之約束或隔離
- 索取並取得一份您的醫療紀錄，並在需要時要求更改或修正紀錄
- 瞭解本手冊中阿拉米達縣行為健康承保範圍內的服務、阿拉米達縣行為健康的其他義務，以及您在本手冊中所提及的權利。您也有權利要求阿拉米達縣行為健康以易懂的形式提上述資訊及其他資訊。舉例來說，這表示在 BHP 受益人中，使用某語種的人如果占總人口至少 5% 或達到 3,000 人 (數量較少者為準)，則阿拉米達縣行為健康必須提供該語言版本的書面資訊，以及免費提供口譯員服務給使用其他語言的人。這也表示阿拉米達縣行為健康必須為有特殊需要者提供不同資料，例如盲人、弱視或有閱讀障礙者
- 透過 BHP 取得專業心理健康服務與物質使用障礙服務。該 BHP 應遵守與加州政府簽署的合約，確保服務可用性、足夠能力及服務保證、照護協調與持續性，以及服務的承保和授權。阿拉米達縣行為健康必須：
 - 聘雇足夠供應商或和其簽訂書面合約，確保所有有資格接受專業心理健康服務的合格 Medi-Cal 受益人都能及時取得服務
 - 在阿拉米達縣行為健康沒有能提供服務的員工或簽約供應商時，為您及時承保網絡外具有醫療必要性的服務。「網絡外供應商」係指不在阿拉米達縣行為健康供應商名單上的的供應商。阿拉米達縣行為健康必須確保您不必為了使用網絡外供應商而支付任何額外費用
 - 確保供應商經過培訓，可提供該供應商同意承保的專業心理健康服務
 - 確保阿拉米達縣行為健康承保的專業心理健康服務在數量、時間長度和範圍上都足以滿足 Medi-Cal 合格受益人的需求。這包含確保阿拉米達縣行為健

康的服務付費核准系統以醫療必要性為基礎，並確保公平實施醫療必要性標準

- 確保其供應商充分評估可能接受服務的人，與確定接受服務者共同制定治療計畫，納入治療目標和預定提供的服務
- 在您要求時，於阿拉米達縣行為健康網路內或網路外向合格的健康照護專業人員尋求第二意見，而且您無需支付額外費用
- 協調 ACBH 提供的服務和 Medi-Cal 管理式照護健康計畫提供給您的服務，或是您的基礎照護供應商所提供之服務 (必要時)，並且確保您的隱私權受到保護，遵循健康資訊隱私權相關的聯邦規則
- 在發生醫療上有必要處理的緊急精神狀況，或是急救或危機狀況時，及時提供照護服務，其中包含全年無休 24 小時提供服務
- 參與加州為了鼓勵以符合所有人文化的方式提供服務而發起的行動，所有人包含英語程度受限以及來自不同文化和民族背景者
- ACBH 必須確保您的治療不會因您表達自身的權利而產生不利變更。ACBH 必須遵守其他適用的聯邦法律及州法律 (例如：根據《美國聯邦法規》第 45 篇第 80 編法規實施的《1964 年民權法》第六篇；根據《美國聯邦法規》第 45 篇第 91 編法規實施的《1975 年反年齡歧視法》；《1973 年復健法》；《1972 年教育法修正》第九篇 (關於教育計畫和活動)；《美國身心障礙法》第二篇和第三篇；《患者保護與平價醫療法》第 1557 節；以及本手冊中所述的權利
- 您可以享有加州心理健康治療相關法律規定的額外權利。如果您希望聯繫您所在郡的 Patients' Rights Advocate，您可以致電：*Patient Rights Advocates* (510) 835-2505

我是專業心理健康服務的接受者，我有哪些責任？

如果您是專業心理健康服務的接受者，您有責任：

- 仔細閱讀本受益人手冊以及您透過阿拉米達縣行為健康取得的其他重要說明資料。這些資料將有助您瞭解可以取得哪些服務，以及需要時如何接受治療。
- 按照計畫接受治療。如果遵循治療計畫，您將獲得最佳成效。在需要取消預約時，提前至少 24 小時前致電您的服務供應商，重新安排日期和時間

- 參加治療時，請務必攜帶您的 Medi-Cal 福利身份卡 (BIC) 和附有相片的身分證件
- 在預約之前告知供應商您是否需要口譯員
- 告訴供應商您所有醫療上的疑慮，以確保您的治療計畫方向正確。您對自身需求分享的資訊越完整，您的治療就越成功
- 確實向您的供應商提出所有疑問。您完全瞭解自己的治療計畫是非常重要的，瞭解治療期間收到的任何其他資訊也一樣重要
- 遵循您和供應商協議好的治療計畫。
- 願意和治療您的供應商建立堅強、運作無礙的關係
- 如果您對您的服務有任何疑問，或是和供應商之間有任何無法解決的問題，請聯絡阿拉米達縣行為健康
- 如果您的個人資訊有任何變更，請告知您的供應商和阿拉米達縣行為健康。變更範圍包含住址、電話號碼和任何其他可能影響您參加治療能力的醫療資訊
- 以尊重和禮貌對待為您提供治療的人員
- 如果您發現疑似詐欺或不法行為，請舉報：
 - Department of Health Care Services 呼籲任何發現疑似 Medi-Cal 詐欺、浪費或濫用行為的人致電 1 (800) 822-6222 聯繫 DHCS Medi-Cal 詐欺舉報熱線。如果您認為碰上緊急狀況，請立即撥 911 求助。這支免費電話能幫通報者保持匿名，您也能以電子郵件舉報疑似是詐欺或濫用的行為，電子郵件地址為 fraud@dhcs.ca.gov 或使用下列網址的線上表格：
<http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>
 - 您也能通報 Alameda County Health Care Services Compliance Officer，電話號碼為 1-844-729-7055，電子郵件地址為：ProgIntegrity@acgov.org
更多資訊請造訪阿拉米達縣的 Whistle Blower Program [網址](#)