



DRUG MEDI-CAL 會員手冊

2020 年 4 月

本指南將向您介紹透過公私合作關係的完整網絡所提供的阿拉米達郡物質使用障礙服務。

質量監督辦公室
QAOffice@acgov.org

Language Assistance

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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE at 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE at 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE al 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE al 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ở số 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ở số 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE sa 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE sa 1-844-682-7215 (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 1-844-682-7215(TTY: 711)번으로 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE 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 1-844-682-7215(TTY: 711)번으로 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE 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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE，電話號碼：1-844-682-7215（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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE，電話號碼：1-844-682-7215（TTY：711）。

Հայերեն (Armenian)

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

Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE 1-844-682-7215 համարով (հեռատիպ՝ 711):

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Հայտ ներկայացնելու դեպքում կարող եք անվճար օգտվել օժանդակ միջոցներից և ծառայություններից, այդ թվում՝ մեծածավալ

տպագիր և այլընտրանքային ձևաչափի փաստաթղթերից: Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար գանգահարել THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE 1-844-682-7215 համարով (հեռատիպ՝ 711): (Հեռատիպ՝ 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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE по телефону 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE по телефону 1-844-682-7215 (телетайп: 711). (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE به شماره (TTY:711) 1-844-682-7215 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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE به
شماره (TTY:711) 1-844-682-7215 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 **THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE**、電話番号 **1-844-682-7215 (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 **THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE**、電話番号 **1-844-682-7215 (TTY: 711)**. (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ntawm 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ntawm 1-844-682-7215 (TTY: 711). (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ਨੂੰ 1-844-682-7215 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੇਟ 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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ਨੂੰ 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-844-682-7215 (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 **THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE** តាមរយៈលេខ
1-844-682-7215 (TTY: 711)។

ចំណាំ៖ សម្ភារៈនិងសេវាកម្មជំនួយ មានជាអាទិ៍ឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំ និងឯកសារជាទម្រង់ផ្សេងទៀត អាចស្វែងរកបាន

សម្រាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ ទៅតាមការស្នើសុំ។ សូមទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានការទទួលស្គាល់

ກບສ່ຮຸກ ບູເຝີຢູືສາກສູງສຳຕິເສກກຸມຮາຮາ ສູງສູງສູງເຈົ້າ THE 24 HOUR TOLL-
 FREE HELPLINE ຄາຮຸ່ງ:ເລຂ 1-844-682-7215 (TTY: 711).
 (TTY: 711)

ພາສາລາວ (Lao)

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນ, ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່
 ເສຍຄ່າ.

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

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

目錄

一般資訊	19
<u>緊急服務</u>	20
如果我有自殺念頭，可以聯絡誰？	20
為何需要閱讀本手冊？	20
ACBH 為阿拉米達郡的行為健康計畫 (BHP) 之一員，並且負責：	21
給需要不同語言版本資料的會員之資訊	21
給具有閱讀困難的會員之資訊	22
給具有聽力障礙的會員之資訊	22
給具有視力障礙的會員之資訊	22
隱私權慣例通知	23
本通知目的	23
我們的職責	23
我們如何使用和披露您的健康資訊	24
我們不需讓您有機會表示同意或反對的披露。	25
僅在您有機會同意或反對之後才可披露。	27
關於您的健康資訊的權利	28
本通知的變更	30
投訴	30
如果我覺得受到歧視，該連絡誰？	32
何為 DMC-ODS 服務？	33
此外，藥物檢測可能有 ACBH 要求以外的額外要求 (毒品法庭、社會服務機構、觀護等等)。服務說明	33
醫療必要性	38
什麼是醫療必要性？它為什麼重要？	38
什麼是物質使用障礙治療服務承保範圍的「醫療必要性」標準？	38
選擇供應商	39
我如何尋找自己需要的物質使用障礙治療服務供應商？	39

我找到供應商後，BHP 能否告知該供應商我取得何種服務？	39
我的 DMC-ODS 計畫採用哪些供應商？	40
<i>我找到供應商後，BHP 能否告知該供應商我取得何種服務？</i>	41
什麼是不利保險受益裁決通知？	41
我何時會收到不利保險受益裁決通知？	41
我未取得想要的服務時，一定會收到不利保險受益裁決通知嗎？	41
不利保險受益裁決通知會告知我什麼資訊？	42
收到不利保險受益裁決通知時，我該怎麼辦？	42
<i>問題解決程序</i>	43
如果我無法從自己的郡立 DMC-ODS 計畫取得想要的服務，該怎麼辦？	43
我能否取得協助以提出上訴、申訴或請求舉行州公平聽證會？	43
我需要協助以解決郡立 DMC-ODS 計畫的問題，但不想提出申訴或上訴，該怎麼辦？	43
<i>申訴程序</i>	44
什麼是申訴？	44
我何時能提出申訴？	44
我如何提出申訴？	44
我如何知道 BHP 是否收到了我的申訴？	44
我的申訴何時會有決定？	45
我如何知道 BHP 是否已經對我的申訴做出決定？	45
提出申訴有截止日期嗎？	45
<i>上訴程序 (標準和加急)</i>	45
什麼是標準上訴？	45
我何時能提出上訴？	46
我如何提出上訴？	46
我如何知道我的上訴已經有決定了？	47
提出上訴有截止日期嗎？	47
我的上訴何時會有決議？	47
如果我無法為上訴決議等待 30 天，該怎麼辦？	47
什麼是加急上訴？	47

我何時能提出加急上訴？	48
州公平聽證會程序	48
什麼是州公平聽證會？	48
我有哪些州公平聽證會權利？	48
我何時能申請舉行州公平聽證會？	48
我如何申請舉行州公平聽證會？	49
申請舉行州公平聽證會有無截止日期？	49
等待州公平聽證會決議時，我可以繼續使用服務嗎？	49
如果我無法為州公平聽證會的決議等待 90 天，該怎麼辦？	50
<i>加利福尼亞州 MEDI-CAL 計畫的重要資訊</i>	51
誰能參加 Medi-Cal？	51
我需要為 Medi-Cal 付費嗎？	51
Medi-Cal 承保範圍是否包含交通服務？	51
會員權利與責任	54
我是 DMC-ODS 服務的接受者，我有哪些權利？	54
我是 DMC-ODS 服務的接受者，我有哪些責任？	55
<i>供應商目錄</i>	57
<i>申請照護轉移</i>	58
我何時能申請保留自己目前網絡外的前供應商？	58
我如何申請保留自己的網絡外供應商？	58
如果我想在轉移 BHP 之後繼續使用網絡外供應商，該怎么做？	58
BHP 為何拒絕我的照護轉移申請？	58
我的照護轉移申請遭拒絕時會發生什麼事？	58
我的照護轉移申請核准後會發生什麼事？	58
我的照護轉移申請處理時限如何？	59
我的照護轉移期間結束時會發生什麼事？	59

一般資訊

歡迎加入阿拉米達郡行為健康照護服務

重要電話號碼

緊急事件	911
SUD 服務 24 小時免費專線	(844) 682-7215
阿拉米達郡行為健康照護服務之心理健康 Access 計畫	(510) 346-1000 (800) 491-9099
Consumer Assistance Office (消費者援助辦公室)	
Patient Rights Advocates (患者權力倡導處)	(800) 779-0787 (510) 835-2505

本手冊用詞說明如下：

ACBH	阿拉米達郡行為健康照護服務
BHP	行為健康計畫 - 透過郡內計畫和診所、簽約的社區型機構、醫院，以及多面向供應商網絡所組成的網絡，所進行的專業心理健康與物質使用障礙 ACBH 整合服務。
DMC-ODS	Drug Medi-Cal 組織傳遞系統
SSA	社會服務機構 (隸屬阿拉米達郡)
SMHS	專業心理健康服務
SUD(s)	物質使用障礙服務

緊急服務

緊急服務為 24 小時全年無休提供。如果您認為自己碰上健康相關的緊急狀況，請撥 911 或前往最近的急診室求助。

緊急服務是為了因應意外病症所提供的服務，包含精神性緊急病症。

緊急病症是指當事人出現劇烈疼痛或嚴重疾病或傷害，而且由非專業人員 (小心或具有警覺之非醫護人員) 認定，若不接受醫療照護則有合理可能會：

- 嚴重危害當事人的健康，或是
- 嚴重危害懷孕之當事人或未出生胎兒的健康，或是
- 嚴重危及當事人的身體機能，或是
- 嚴重損害任何身體器官或部位。

發生緊急狀況時，您有權利在任何醫院就醫。緊急服務不需要授權。

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。

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郡提供的物質使用障礙服務 (SUD 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郡行為健康 (ACBH) 的服務，本手冊將提供您更多資訊，瞭解 ACBH 的 SUD 服務如何運作。本手冊將為您說明物質使用障礙服務，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物質使用障礙服務的相關資訊。

本手冊將說明何謂物質使用障礙服務、您能否取得服務，以及您如何取得阿拉米達郡行為健康照護服務的協助。

您瞭解 Drug Medi-Cal 組織傳遞系統 (DMC-ODS) 計畫如何運作是相當重要的，如此才能取得您需要的照護。本手冊將說明您的福利以及如何取得照護服務，也將回答您的許多問題。

您將瞭解：

- 如何透過您的郡立 DMC-ODS 計畫接受物質使用障礙 (SUD) 治療服務
- 您可以取得的福利
- 您有疑慮或問題時如何處理
- 您身為郡立 DMC-ODS 計畫一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。

請使用本手冊補充您入保目前 Medi-Cal 計畫時所收到的會員手冊 (可能會與 Medi-Cal 管理式照護計畫，或是常規的 Medi-Cal 「按服務收費」計畫一併提供)。

ACBH 為阿拉米達郡的行為健康計畫 (BHP) 之一員，並且負責：

- 判斷您是否符合資格接受阿拉米達郡或其供應商網絡的 DMC-ODS 服務。
- 協調您的照護服務。
- 提供 24 小時全年無休的免付費專線，為您說明如何取得 BHP 的服務。您也能以專線聯繫 BHP，要求瞭解常規時間外照護服務的提供情形。
- 安排足夠的供應商，確保您在需要時能取得 BHP 承保範圍內的 SUD 治療服務。
- 為您提供資訊並說明可用的服務。
- 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，助您瞭解以其他語言或格式提供的資訊。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，請洽 SUD 服務 24 小時免費專線 (844) 682-7215。
- 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 BHP 所接受的福利之任何其他變更。
- 若任何簽約供應商因為道德、倫理或宗教反對，而拒絕提供或支援任何承保範圍內的服務，則告知您此情況以及確切能夠提供承保服務的替代供應商。
- 若變更供應商對您的健康有負面影響或是會增加住院風險，則確保您在一段時間內能持續使用現在不包含在網絡內的前供應商。

給需要不同語言版本資料的會員之資訊

如果您需要非英語版本的手冊或其他書面資料，請洽阿拉米達郡 SUD 服務 24 小時免付費專線 (844) 682-7215。

本手冊另提供下列語言版本。

- **Spanish:**
Este folleto está disponible en Español

- **Vietnamese:**
Tập sách này có bằng tiếng Việt
- **Korean:**
이 책자는 한국어로 제공됩니다.
- **Chinese (Traditional):**
這本手冊有中文版
- **Chinese (Simplified):**
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.

給具有閱讀困難的會員之資訊

如欲取得協助閱讀 **BHP** 資料，請洽阿拉米達郡 **SUD** 服務 24 小時免付費專線 (844) 682-7215。

給具有聽力障礙的會員之資訊

請撥 711 聯繫 **BHP** 取得加州轉接服務的協助。

給具有視力障礙的會員之資訊

請洽阿拉米達郡 **SUD** 服務 24 小時免付費專線 (844) 682-7215 以取得給視力障礙會員的資源。

隱私權慣例通知

本通知將說明我們如何使用和披露您的相關健康資訊，以及您可如何存取此資訊。

請仔細閱讀。

若您對本通知有任何疑問，請聯絡您的健康照護供應商或適當的 Alameda County Health Care Services Agency Department：

Administration and Indigent Health - (510) 618-3452

Behavioral Health Care Services, Consumer Assistance Office - (800)779-0787

本通知目的

本通知將說明有關 Alameda County Health Care Services Agency (ACHCSA)、其部門和計畫，以及為您提供健康照護服務的相關人員等隱私權慣例。這些人員是健康照護專業人員以及阿拉米達郡授權的其他人員，他們可存取您的健康資訊，以向您提供相關服務或遵守州和聯邦法律。

健康照護專業人員和其他人員包括：

- 生理健康照護專業人員 (如醫師、護士、技術員、醫學生)；
- 行為健康照護專業人員 (如精神科醫師、心理學家、執業臨床社工、婚姻和家庭治療師、精神病學技術員、註冊護士、實習生)；
- 在此機構負責照顧您或與此機構合作為其客戶提供照顧服務的其他人員，包括 ACHCSA 的員工、工作人員，以及其他履行健康照護相關服務或職能的人員。

這些人員可能會彼此分享您的健康資訊，以及基於治療、付款或健康照護業務等目的而與其他健康照護供應商分享您的健康資訊，並出於本通知所述的其他原因與其他人員分享您的健康資訊。

我們的職責

您的健康資訊為機密資料，且受某些法律保護。我們有責任按照這些法律要求保護此資訊，並向您提供本通知，以說明我們的法律義務和隱私權慣例。遵守當前有效的本通知條款亦是我們的責任。

本通知將：

- 確定無需您事先書面核准即可能發生的使用和披露資訊類型。

- 確定您將有機會同意或不同意使用或披露您相關資訊的情況。
- 通知您僅在您向我們提供書面授權時才會進行資訊的其他披露行為。
- 通知您有關個人健康資訊的權利。

我們如何使用和披露您的健康資訊

健康資訊的使用和披露類型可以分為數個類別。以下為這些類別說明和一些範例。此處並未列出所有使用和披露類型，但所有使用和披露均可歸類於其中一個類別。

- **治療：**我們可能會使用或分享您的健康資訊，以便為您提供醫療或其他健康服務。「醫療」一詞包括生理健康照護治療以及您可能會接受的「行為健康照護服務」(心理健康服務和酒精或其他藥物治療服務)。例如，有執照的臨床醫師可能會安排精神科醫師為您檢查可能使用的藥物，並可能與精神科醫師討論其對治療的見解。或者，我們其中一位職員可能會為您準備進行化驗工作，或取得轉診許可轉介至單位外醫生作身體檢查。若您從其他供應商獲得健康照護服務，我們亦可能將您的健康資訊披露予新供應商以進行治療。
- **付費：**我們可能會使用或分享您的健康資訊，以便向您或者保險公司或第三方收費，以支付我們為您提供的治療和服務費用。例如，我們可能需要提供有關您在此處接受之治療或諮詢的健康計畫資訊，以便其向我們支付或償還您服務費用。我們亦可能會告知他們關於我們計畫提供的治療或服務，以取得事先核准或確定您的計畫是否將涵蓋治療。若您從其他供應商獲得健康照護服務，我們亦可能將您的健康資訊披露予新供應商以進行付款。
- **健康照護業務：**我們可能會使用和披露關於您的健康資訊以執行我們的工作。我們可能會將您健康資訊的有限部分與阿拉米達郡相關部門分享，但僅限於履行支援我們健康照護業務的重要職能所需的範圍。使用和披露這些資訊對於健康照護服務供應商的行政運作是必要的，並能確保我們所有的客戶均受到優質的照護。例如，我們可能會使用您的健康資訊：
 - 審查我們的治療和服務，並評估工作人員對您照護的執行情況。
 - 協助決定我們應提供哪些額外的服務、不需要哪些服務，以及某些新治療是否有效。
 - 審查或瞭解醫師、護士、臨床醫師、技術人員、其他醫務人員、學生、實習生和其他機構工作人員的活動。
 - 協助我們進行財務管理並遵循法律。
 - 若您從其他供應商獲得健康照護服務，我們亦可能將您的健康資訊披露予新供應商以取得某些健康照護業務。此外，我們可能會從這些健康資訊中移除

可識別您身分的資訊，以便其他人可使用此健康資訊來研究醫療保健和健康照護服務，而無需瞭解特定患者的身分。

- 我們亦可能會與其他參與「組織型健康照護安排」(OHCA) 的健康照護機構、健康照護資訊交換所和健康計畫分享關於您的醫療資訊，以用於任何 OHCA 健康照護業務。OHCA 包括醫院、醫師組織、健康計畫和其他合力提供健康照護服務的實體。您可撥打 24 小時免費專線取得我們所參與的 OHCA 清單。
- **簽到表**：我們可能會在您抵達我們的辦公室時請您簽到，以使用並披露您的醫療資訊。當我們準備好與您會面時，我們亦可能會呼叫您的姓名。
- **家屬通知與通訊**：我們可能會透露您的健康資訊，以將您的位置、一般狀況或您已死亡 (除非您另有指示) 等資訊通知或協助通知您的家人、個人代表或其他負責照護的人員。發生災難時，我們可能會向救援組織披露資訊，以便其協調這些通知工作。我們也可能向您的照護人員或協助支付照護費用的人員透露資訊。若您能夠並可以表示同意或反對，我們會在進行這些披露之前讓您有機會提出反對意見，但若我們認為有必要對緊急情況作出回應，即使您反對，我們也可能在災難發生時披露此資訊。若您無法表示同意或反對，我們的健康專業人員將做出良好的判斷與您的家人和其他人員溝通。

我們不需讓您有機會表示同意或反對的披露。

除上述情況外，法律亦允許我們在未事先經您許可的情況下，共享您的健康資訊。接下來將介紹這些情況。

- **依法律要求**：我們會在聯邦、州或當地法律要求時披露您的健康資訊。例如，可能需要向 Department of Health and Human Services 披露資訊，以確保您的權利未遭受侵犯。
- **涉嫌虐待或疏於看管**：若與涉嫌兒童、老年人或無自理能力的成人虐待或疏於看管等罪行有關，或者，若您不是未成年人，或是虐待、疏於看管或家庭暴力的受害者，而您同意披露或我們獲法律授權披露此資訊，且認為披露是必要行為，以防止對您或他人造成嚴重傷害，我們即會將您的健康資訊披露予相關機構。
- **公共衛生風險**：我們可能會披露您的健康資訊以執行公共衛生活動。這些活動通常包括以下內容：
 - 預防或控制疾病、傷害或殘疾；
 - 報告出生和死亡；
 - 報告藥物反應或產品問題；

- 通知人們召回他們可能將使用的產品；
- 通知可能已接觸過某種疾病或可能感染或傳播疾病或病症的人。
- **健康監督活動**：我們可能會將健康資訊透露給健康監督機構以執行法律授權的活動。這些監督活動包括審計、調查、檢查和許可證核發等。這些活動對於政府監督健康照護體系、政府計畫和遵守公民權利法是必要的。
- **司法和行政訴訟**：在任何行政或司法程序中且在法院或行政命令明確授權的範圍內，我們可能並且有時需依法披露您的個人健康資訊。若已做出合理的努力來通知您該請求而您並未提出異議，或者，若您的異議已由法庭或行政機構解決，我們也可能會根據傳票、舉證請求書或其他合法程序披露您的資訊。
- **法律執行**：若執法官員要求，我們可能會發布健康資訊：
 - 回應法院命令或類似指令。
 - 識別或尋找嫌疑人、證人、失蹤者等。
 - 向執法機構提供有關犯罪受害者的資訊。
 - 報告發生在我們設施或員工身上的犯罪活動或威脅。
- **驗屍官、法醫師和殯葬主管**：我們可能會將健康資訊發布給驗屍官或法醫師。例如，這可能是識別死者或確定死亡原因的必要條件。我們亦可能會在設施中發布關於患者的健康資訊，以協助殯葬主管履行職責。
- **器官或組織捐贈**：若您是器官捐獻者，我們可能會向處理器官捐贈或移植的組織發布醫療資訊。
- **研究**：在某些有限的情況下，我們可能會使用或披露您的資訊以用於研究目的。
- **避免對健康或安全造成嚴重威脅**：我們可能會在必要時使用和披露您的健康資訊，以防止對您的健康和 safety 造成嚴重威脅，或對公眾或他人的健康和 safety 造成嚴重威脅。然而，任何披露將僅會對我們認為能夠防止威脅或傷害發生的人員進行。
- **針對特殊政府職能**：我們可能會使用或披露您的健康資訊，以協助政府履行與您有關的職能。下列情況下，我們可能會披露您的健康資訊：(i) 若您是武裝部隊的成員，資訊將披露予軍事指揮當局，以協助執行軍事任務；(ii) 資訊將披露予授權的聯邦官員，以執行國家安全活動；(iii) 資訊將披露予授權的聯邦官員，以向總統或其他人員提供保護服務或進行法律許可的調查；(iv) 若您在監獄中，基於健康照護、健康和 safety 目的，資訊將披露予懲教機構；(v) 依法律允許，資訊將披露予工人補償計畫；(vi) 資訊將披露予政府執法機構，以保護聯邦和州選任憲政官員及其家屬；(vii) 資訊將披露予加洲司法部，以用於轉移和識別某些犯罪病患，或是不得購買、擁有或控制槍支或致命武器的人士；(viii) 資訊將披露予參議院或大會規則委員會，以用於立法調查目的；(ix) 根據法律要求，資訊將披露予全州保護和宣傳組織和郡患者權利辦公室，以進行某些調查。

- **其他特殊資訊類別：如適用。**特定的法律要求可能適用於某些資訊類別的使用或披露，例如對人體免疫缺陷病毒 (HIV) 的測試或對酒精和藥物濫用的治療與服務。此外，針對您所接受的任何一般醫療 (非精神健康) 照護，有些不同的規定可能適用於與其相關的醫療資訊的使用和披露。
- **心理治療筆記：如適用。**心理治療筆記是指由健康照護供應商記錄的筆記 (以任何媒體形式記錄)，該健康照護供應商是精神健康專業人士，在私人諮詢會議或團體、聯合會或家庭諮詢會議期間記錄或分析對話內容，且此資料會與個人病歷的其餘部分分開。心理治療筆記不包括藥物處方和監測、諮詢會議開始和停止時間、提供治療的方式和頻率、臨床測試結果，以及下列項目的任何總結：診斷、功能狀態、治療計畫、症狀、預後和迄今取得的進展。
 - 根據法律的要求或在下列情況下，我們可能會使用或披露您的心理治療筆記：
 - 供筆記的創作者使用
 - 在學生、受訓人員或從業人員的監督精神健康培訓計畫中
 - 由此供應商為個人提起的法律訴訟或其他訴訟辯護
 - 防止或減輕對個人或公眾的健康或安全造成嚴重和迫切威脅
 - 用於對心理治療筆記創作者的健康監督
 - 使用或披露予驗屍官或法醫師，以報告病患的死亡
 - 進行必要的使用或披露，以防止或減輕對個人或公眾的健康或安全造成嚴重和迫切威脅
 - 在調查過程中或依法律要求，使用或披露予您或 DHHS 部長。
 - 在您死亡後，披露予驗屍官或法醫師。若您撤銷心理治療筆記的使用或披露授權，我們將停止使用或披露這些筆記。
- **所有權變更：如適用。**若此慣例/計畫遭出售或與其他組織合併，您的個人健康資訊/記錄將成為新所有者的財產，但您仍有權要求將您的個人健康資訊的副本轉移給另一個作法/計畫。

僅在您有機會同意或反對之後才可披露。

有些情況下，除非我們已與您討論過 (若可能) 且您並未反對此類共享，否則我們將不會共享您的健康資訊。這些情況如下：

病患目錄：我們會保存一份記錄病患姓名、健康狀況、治療地點等資訊的目錄，以便向神職人員或以您的名義向我們詢問相關狀況的人士披露，而我們將會先向您諮詢此類資訊是否可與這些人分享。

參與您的照護或支付照護費用的人員：我們可能會向您的親屬、摯友或您指定為與您的健康照護有關（或為健康照護付款）的其他人員披露與此人有關的健康資訊。例如，若您要求家人或朋友在藥局為您領藥，我們可能會告訴該人員藥物的內容及何時可領取藥物。此外，若您不反對，我們可能會將您的位置和醫療狀況通知家人（或其他負責照護的人員）。

與您通訊中的披露：在我們將分享您的健康資訊時，我們可能會與您聯絡。例如，我們可能會使用並披露健康資訊以與您聯絡，提醒您在此處的預約治療，或向您說明或建議您可能感興趣的可能治療方案或替代方案。我們可能會使用和披露您的健康資訊，向您說明您可能感興趣的健康相關福利或服務。我們可能會聯絡您以說明關於我們的籌款活動。

健康資訊的其他用途：本通知或適用法律未涵蓋的其他健康資訊使用和披露將僅會在取得您書面許可的情況下進行。若您允許我們使用或披露您的相關健康資訊，您可隨時以書面形式撤銷此許可。若您撤銷許可，我們將針對書面授權所涵蓋的原因，不再使用或披露您的健康資訊。您瞭解我們無法收回我們已獲得您許可的任何披露資訊，且我們需保留我們已提供給您的照護相關記錄。

關於您的健康資訊的權利

針對我們所維護的您的相關健康資訊，您具有以下權利：

- **違規通知：**若出現違反未確實受保護之個人健康資訊的情況，我們將會依法律要求通知您。若您向我們提供了目前的電子郵件地址，我們可能會使用電子郵件來傳達與違規相關的資訊。在某些情況下，我們的業務夥伴可能會提供通知。我們也可以視情況透過其他方法提供通知。[註：電子郵件通知僅在我們確定其內容不包含 PHI 且不會披露不適當的資訊時才會使用。例如，若我們的電子郵件地址是「digestivediseaseassociates.com」，而在使用此地址傳送的電子郵件遭攔截時，則可能會識別病患身分及其病情。]
- **檢查和複製的權利：**您有權檢查並複製此健康資訊。這通常包括醫療和帳單記錄，但可能不包括某些精神健康資訊。適用某些限制：
 - 您必須以書面形式提交您的請求。我們可為您提供適用的表格以及關於如何提交的說明。

- 若您申請影本，我們可能會收取與您的請求相關的影印、郵寄或其他耗材的合理費用。
- 您應會在 **10** 個工作日內收到與此申請相關的通知。
- 在某些情況下，我們可能會拒絕您的請求。若您遭拒絕存取健康資訊，您可要求根據法律規定對拒絕程序進行審核。
- 若我們拒絕您存取心理治療筆記的請求，您將有權將其轉讓給另一位精神健康專業人士。
- **修訂的權利**：若您認為我們所持有的您的健康資訊不正確或不完整，您可要求我們修訂資訊。若我們確定現有資訊具有準確性和完整性，則不需進行修訂。我們無需從您的記錄中移除資訊。若出現錯誤，我們將透過新增澄清或補充資訊等方式進行更正。只要資訊由設施保存或為設施保存，您便有權要求修訂。適用某些限制：
 - 您必須以書面形式提交修訂請求。我們可為您提供適用的表格以及關於如何提交的說明。
 - 您必須提供支援您請求的理由。
 - 若您未以書面形式提交或不包括支持請求的理由，我們可能會拒絕您的修訂請求。此外，若您要求我們修訂以下資訊，我們可能會拒絕您的請求：○ 非我們建立之資訊，除非資訊建立者無法再進行修訂；
- 資訊不屬於由我們設施保存或為了我們設施保存的健康資訊； ○ 資訊不屬於您獲允許檢查或複製的資訊。即使我們拒絕您的修訂請求，您仍有權就您的記錄中任何您認為不完整或不正確的項目或聲明提交書面附錄。若您明確地以書面形式表明您希望將附錄納入健康記錄，我們即會將其附加到您的記錄中，並在我們披露您認為不完整或不正確的項目或聲明時加入。
- **請求特殊隱私保護的權利**：針對我們使用或披露以用於治療、付款或健康照護業務的健康資訊，您有權要求限制。針對我們披露予參與相關照護或照護付款的人員(如家人或朋友)的健康資訊，您亦有權要求限制。例如，您可要求我們不能向您的親友使用或披露任何關於診斷或治療的資訊。
 - 若我們同意您的要求，以限制我們如何將您的資訊用於治療、付款或健康照護業務，我們將會遵守您的請求，除非需要提供資訊以為您提供緊急治療。若要申請限制，您必須以書面形式向供應商提出您的申請。根據您的請求，您必須告訴我們您想限制的資訊，無論您是要限制我們的使用或披露 (或兩者)，或是您希望限制適用的對象。
 - 若您告知我們不能向您的健康計畫披露有關您全額自費的精神健康照護項目或服務等資訊，我們將遵守您的請求，除非我們因治療或法律原因必須披露該資訊。我們保留接受或拒絕任何其他請求的權利，並將會通知您我們的決定。

- **要求保密通訊的權利**：您有權要求我們以某種方式或於某個地點與您就醫療事宜進行溝通，例如，您可以要求我們僅在工作時或透過郵件與您聯絡。若要申請機密通訊，您必須以書面形式向供應商提出您的申請。我們不會要求您提供申請的理由。我們將滿足所有合理的申請。您的申請必須指定您希望與您聯絡的方式或地點。
- **獲得紙本通知的權利**：您有權獲得本通知的紙質版本。您可以隨時要求我們提供此通知的副本。即使您同意以電子方式接收此通知，您仍有權獲得本通知的紙質副本。您可從您的供應商或任何上述引用的計畫中獲得此通知的副本。
- **披露會計處理的權利**：您有權要求「披露的會計處理」。這是在您申請會計處理日期之前六 (6) 年內我們所披露有關您的健康資訊的清單。會計處理將不包括：
 - 治療、付款或健康照護業務所需的披露。
 - 我們對您所做的披露。
 - 僅為附帶於其他允許或要求之披露的披露。
 - 在您的書面授權下所進行的披露。
 - 法律允許或要求的某些其他披露。
- 若要申請此清單或對披露進行會計處理，您必須以書面形式提交您的請求。我們可為您提供適用的表格以及關於如何提交的說明。您的要求必須指定會計期間，該期間不得超過六 (6) 年，且不得包括 2003 年 4 月 14 日之前的日期。您的要求應指明您想要的清單形式 (例如紙本或電子形式)。您在 12 個月內申請的第一份清單將免費提供。如需額外的清單，我們可能會向您收取提供清單的費用。我們會通知您相關的費用，您可選擇在收取費用之前撤回或修改您的申請。
- 此外，若您的健康資訊遭非法存取或披露，我們將須依法律要求通知您。

本通知的變更

我們保留變更本通知的權利。針對我們已掌握到關於您的健康資訊以及我們將來所收到的任何資訊，我們保留使修改或變更通知生效的權利。我們將在我們的設施和供應商網站上發布目前通知的副本。若隱私權作法通知有所變更，或您在新服務網站註冊，您將會收到一份新通知。

投訴

Health Care Services Agency 內的所有計畫均致力於保護您個人健康資訊的隱私。倘若您認為您的隱私權受到侵犯，您可向您認為發生違規行為的部門提出投訴。我們將會及時調查您的主張，並在必要時採取糾正措施。

所有的投訴均須以書面的形式提交。您不會因提出投訴而受到懲罰。您可透過以下聯絡方式取得表格副本和提交投訴的相關說明：

BEHAVIORAL HEALTH CARE SERVICES	DEPARTMENT OF ENVIRONMENTAL HEALTH	ADMINISTRATION AND INDIGENT HEALTH	PUBLIC HEALTH DEPARTMENT
Consumer Assistance Office 2000 Embarcadero Cove Suite 400 Oakland, CA 94606 (800) 779-0787	Office of the Director 1131 Harbor Parkway Alameda, CA 94502 (510) 567-6700	Office of the Director 1000 San Leandro Blvd Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452	Office of the Director 收件人：Privacy Issue 1000 Broadway 5 th Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000

您也可以向 U.S. Department of Health and Human Services 提出投訴。該部門將要求 HCSA 調查投訴，因此解決您的投訴可能會比直接聯絡上述地址的 HCSA 花費更長的時間。向 Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services 提出投訴，請聯絡：

Office of Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, CA 94102
(415) 437-8310 ; (415) 437-8311 (TDD)
(415) 437-8329 傳真：
網站：www.hhs.gov/ocr

如果我覺得受到歧視，該連絡誰？

歧視是違法行為。加利福尼亞州及 DMC-ODS 皆遵守著適用之聯邦公民權利法律，不得因為種族、膚色、國籍、血統、宗教、生理性別、婚姻狀況、性別、性別認同、性向、年齡、殘疾而歧視。DMC-ODS 會：

- 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、可存取的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

您需要上述服務，請撥打阿拉米達郡 SUD 服務 24 小時免費專線 (844) 682-7215。

如果您認為加利福尼亞州或 DMC-ODS 並未提供上述服務，或是因為種族、膚色、國籍、年齡、殘疾、性別以別種方式遭到歧視，您能透過以下管道提出申訴：

Alameda County Behavioral Health Consumer Assistance Office
200 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606
1-800-779-0787 (TTY:711)；傳真：510.639.1346

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 消費者協助。

此網址可取得申訴表：<http://www.ACBH.org/consumer-grievance/>

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：<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)

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

服務簡介

何為 DMC-ODS 服務？

DMC-ODS 服務是健康照護服務，對象為具有至少一項常規醫師無法治療的 SUD 的人。

DMC-ODS 服務包含：

- 門診服務
- 密集門診治療
- 門診住院混合服務 (僅於某些郡提供)
- 居住型治療 (須由本郡事先授權)
- 戒斷過程管理
- 鴉片類藥物成癮治療
- 藥物輔助治療 (依郡而異)
- 復元服務
- 個案管理

SUD 治療服務可能包含下列方式：評估、計畫制定、個人與團體諮商、個案管理、藥物檢測、家庭治療及轉出準備服務。您有權利拒絕下列任何方式：個人諮商、團體諮商、個案管理、藥物檢測、家庭治療及轉出準備服務。請注意，若您持續拒絕提供給您的計畫服務，您的治療人員可能會推薦更適當的安置。每一層級的照護都有特定的最低計畫要求 (例如每週時數)。若您拒絕接受服務，以致於無法達到計畫要求，您可能將轉介至另一層級的照護。

此外，藥物檢測可能有 ACBH 要求以外的額外要求 (毒品法庭、社會服務機構、觀護等等)。

服務說明

復元留置所

復元留置所的居住者皆需要接受檢測。

鴉片類藥物成癮治療計畫 (OTP)*

OTP 是按照各計畫要求執行藥物檢測。

參加者退出計畫的原因包含製造出對其他參加者擾亂或不安全的環境。此情況有時是因為客戶物質中毒。此時，諮商師會與您討論此狀況，並可能推薦立即進行藥物檢測。雖然可以拒絕接受藥物檢測，但是請注意，當事人必須與諮商師討論此決定，以及諮商師認為對其他客戶造成擾亂或不安全的行為。不論您同意或拒絕在此情況下接受藥物檢測，若您的行為無法修正，無法為計畫裡的所有人建立起不受擾亂的安全環境，您仍可能需要退出計畫 (時間待商榷)。

藥物檢測結果呈陽性時，合乎道德的做法是與客戶討論結果，並且考慮以實證為根據改變您的治療計畫。成癮治療的專業人士與供應商組織將採取合適步驟，確保藥物檢測結果依照法律允許之範圍維持保密。

如果您想進一步瞭解可能取得的各項 DMC-ODS 服務，請參閱下方說明：

門診服務

諮商服務經確認具有醫療必要性且遵循個人化客戶計畫時，服務每週提供給成人會員的時數最多九小時，青少年會員為六小時以下。服務得由具有執照之專業人士提供，或由合格諮商師在社區中的任何合適環境內提供。

門診服務包含評估與初次晤談、治療計畫、個人諮商、團體諮商、家庭治療、保障服務、會員教育、給藥服務、危機介入服務、藥物檢測以及轉出準備服務。

阿拉米達郡提供了全面的門診治療服務，供給因為物質使用障礙而受苦的人。有意之受益人可洽阿拉米達郡物質使用治療及轉介專線 844-682-7215，或直接前往門診治療的簽約供應商 (明確計畫資訊請參閱 SUD 治療供應商目錄)。只要醫療上有需要，本服務將持續提供給所有符合資格的阿拉米達郡受益人。

密集門診服務

密集門診服務經確認具有醫療必要性且遵循個人化客戶計畫時，將提供給會員 (成人會員每週最少提供九小時，最多 19 小時，青少年每週最少六小時，最多 19 小時)。服務主要為成癮相關問題的諮商及教育。服務得由具有執照之專業人士提供，或由合格諮商師在社區中的任何合適環境內提供。

密集門診服務包含之內容與門診服務相同，主要差別為服務時數增加。

阿拉米達郡提供了全面的門診治療服務，供給因為物質使用障礙而受苦的人。有意之受益人可洽阿拉米達郡物質使用治療及轉介專線 **844-682-7215**，或直接前往門診治療的簽約供應商 (明確計畫資訊請參閱 **SUD 治療供應商目錄**)。只要醫療上有需要，本服務將持續提供給所有符合資格的阿拉米達郡受益人。

門診住院混合服務 (僅於某些郡提供)

門診住院混合服務之特色為每週 **20** 小時以上的臨床密集處遇計畫，視會員的治療計畫而定。門診住院混合計畫通常可直接取得精神性、醫療及檢驗服務，而且須滿足需要每日監控或管理的已確認需求，但須能在結構化門診治療中妥善處理。

門診住院混合服務與密集門診服務類似，主要差別在於時數增加與可以額外取得醫療服務。

目前阿拉米達郡不提供本服務。

居住型治療 (須由本郡授權)

居住型治療是非機構性的 **24** 小時非醫療短期居家計畫，經確認具有醫療必要性且遵循個人化治療計畫後，會提供復健服務給 **SUD** 確診的會員。每位會員將居住在設施中，並將獲得協助以恢復、維持、應用人際與獨立生活技能，以及取得社群支援系統。供應商與住民共同合作定義障礙、設立優先順序、制定目標、建立治療計畫、解決 **SUD** 相關問題。目標包含持續戒除物質施用、準備因應復發觸發因子、改善個人健康及社會機能，以及參與持續性照護。

居住型服務需要郡立計畫事先授權。給成人的居住型服務授權每次為期最多 **90** 天，青少年最多 **30** 天。一年之中，每人僅准許二次居住型服務授權。若有醫療必要性，每人每年可申請延長 **30** 天。懷孕婦女可持續接受居住型服務，直至分娩之後第 **60** 天當月的最後一天。符合接受早期定期篩檢、診斷及治療 (**EPSDT**) 之會員 (未滿 **21** 歲) 無上述授權限制，前提是醫療必要性說明有持續接受居住型服務之需要。

居住型服務包含初次晤談與評估、治療計畫、個人諮商、團體諮商、家庭治療、保障服務、會員教育、給藥服務、保障用藥 (設施將保存所有住民藥品，設施工作人員可協助住民自行服藥)、危機介入服務、交通 (提供或安排交通工具來往接受具醫療必要性之治療) 以及轉出準備服務。

阿拉米達郡提供了全面的居住型治療服務，供給因為物質使用障礙而受苦的人。有意之受益人可洽阿拉米達郡物質使用治療及轉介專線 **844-682-7215** 以完成篩檢並開始轉介程序。本服務將提供給所有符合資格的阿拉米達郡受益人；可能有部分時間與收治限制。懷孕或近期懷孕之受益人可直接聯繫特定計畫，加速收治程序。

戒斷過程管理

戒斷過程管理服務經確認具有醫療必要性且遵循個人化客戶計畫時，將提供給會員。正在接受居住型服務的每位會員皆應居住在設施內，並於解癮程序期間受到監控。具醫療必要

性的療癒與復健服務將遵循持照醫師或持照開方醫師醫囑的個人化客戶計畫提供，並遵循加利福尼亞州要求進行核准與授權。

戒斷過程管理服務包含初次晤談與評估、觀察 (以便衡量健康狀況以及對任何處方藥物的反應)、給藥服務以及轉出準備服務。

阿拉米達郡提供的居住型戒斷過程管理服務的取得管道相當容易。有意之受益人可自行取得服務，或洽阿拉米達郡物質使用治療及轉介專線 **844-682-7215** 以取得明確的轉介與聯絡資訊。本服務無時間限制，並且將提供給所有符合資格的阿拉米達郡受益人。

鴉片類藥物成癮治療

鴉片類藥物 (成癮性鎮痛藥) 治療計畫 (OTP/NTP) 服務是在持有 NTP 執照之設施內提供。具醫療必要性的服務將遵循持照醫師或持照開方醫師確認過的個人化客戶計畫提供，並遵循加利福尼亞州要求進行核准與授權。OTP/NTP 必須提供會員 DMC-ODS 處方藥物集內的藥物以及開立處方，包含美沙冬、丁基原啡因、那若松、二硫龍。

會員每曆月必須接受治療師或諮商師至少 50 分鐘的諮商，最多 200 分鐘，亦可視醫療必要性提供額外服務。

鴉片類藥物成癮治療服務包含之內容與門診治療服務相同，並含有醫師以一對一為基礎和會員進行面對面討論的醫療精神治療。所有計畫要素皆為必要，屬於非必要服務的團體諮商除外。

阿拉米達郡有完整的鴉片類藥物成癮治療服務網絡，於灣區多處擁有 7 間簽約機構。有意之受益人可自行前往任一機構取得服務，或洽阿拉米達郡物質使用治療及轉介專線 **844-682-7215**，或直接前往簽約的 OTP (明確計畫資訊請參閱 SUD 治療供應商目錄)。只要醫療上有需要，本服務將持續提供給所有符合資格的阿拉米達郡受益人。

藥物輔助治療 (依郡而異)

藥物輔助治療 (MAT) 服務於 OTP 診所之外提供。MAT 是指使用處方藥物，搭配諮商與行為治療以提供全人方式的 SUD 治療。這一層級服務的提供對於參與的各郡來說為選擇性。

MAT 服務包含針對所有 SUD 藥物出具醫囑、開立處方，以及藥物服用、監控相關服務。鴉片類藥物與酒精依賴性尤其擁有架構完善的給藥選項。醫師與其他開方醫師可提供會員 DMC-ODS 處方集內的藥物，包含丁基原啡因、那若松、二硫龍、那曲酮、阿坎酸，或是任何 FDA 核准之 SUD 治療藥物。

ACBH 目前提供受益人 2 個門診 MAT 供應商，並且計畫擴增這些服務，以便在本郡提供完整的 MAT 服務。有意之受益人請洽阿拉米達郡物質使用治療及轉介專線 **844-682-7215**，以取得明確的轉介及聯絡資訊 (明確計畫資訊請參閱 SUD 治療供應商目錄)。本服務無時間限制，並且將提供給所有符合資格的阿拉米達郡受益人。

復元服務

復元服務對於會員的復元與健康非常重要。社群治療是一種治療藥物，可以為會員培力以及準備管理自身的健康與健康照護。因此，治療必須著重於會員在管理自身健康上的核心角色，使用有效的自我管理支援策略，並且組織內部及社群資源，以便為會員提供持續性的自我管理支援。

復元服務包含個人與團體諮商；復元監控/物質濫用協助 (復元教學、復發預防與同儕服務)；以及個案管理 (因應需求連結教育、職業、家庭支援、社群支援、住房、交通與其他服務)。

所有 ACBH 簽約的門診 SUD 供應商皆提供復元服務給完成 SUD 治療的受益人。有意之受益人請洽阿拉米達郡物質使用治療及轉介專線 844-682-7215，以取得明確的轉介及聯絡資訊 (明確計畫資訊請參閱 SUD 治療供應商目錄)。本服務無時間限制，並且將提供給所有符合資格的阿拉米達郡受益人。

個案管理

個案管理服務是協助會員取得需要的醫療、教育、社會、職前、職業、復健或其他社群服務。這些服務著重於協調 SUD 照護、基礎照護的相關整合 (尤其是有長期 SUD 的會員)，以及與刑事司法系統的互動，前提為有此需要。

個案管理服務包含全面評估與定期重新評估個人需求，以便確認繼續個案管理服務的需要；轉至更高或更低層級的 SUD 照護；制定與定期修訂含有服務活動的客戶計畫；聯絡、協調、轉介及相關活動；監控服務輸送以確保會員可使用服務與服務輸送系統；監控會員的進展；以及鼓勵會員、連結生理與心理健康照護、基礎照護服務中的交通與留置。

個案管理須依照聯邦法律及加州法律，與任何成員的保密性一致且不得違反保密規定。

經阿拉米達郡行為健康 (ACBH) 聯繫以提供 SUD 治療服務的各層級照護及供應商皆提供個案管理服務。有意之受益人請洽阿拉米達郡物質使用治療及轉介專線 844-682-7215，以取得明確的轉介及聯絡資訊 (明確計畫資訊請參閱 SUD 治療供應商目錄)。本服務無時間限制，並且將提供給所有符合資格的阿拉米達郡受益人。

早期定期篩檢、診斷及治療 (EPSDT)

若您未滿 21 歲，則可以接受早期與定期篩檢、診斷及治療 (EPSDT) 中具醫療必要性之額外服務。EPSDT 服務包含篩檢、視力、牙科、聽力及聯邦法律 42 U.S.C. 1396d(a) 中所列之其他所有具醫療必要性的法定服務與選擇性服務，其旨在矯正或改善於 EPSDT 篩檢中所發現之缺陷、生理疾病、心理疾病以及病症，不論這些服務是否為成人提供。符合醫療必要性與成本效益是適用於 EPSDT 服務的唯一限制或排除條件。

如需要更全面瞭解目前提供的 EPSDT 服務以及取得問題解答，請洽 ACBH EPSDT Coordination Office，電話 510-567-8171，詢問會員服務。

醫療必要性

什麼是醫療必要性？它為什麼重要？

透過您的郡立 **DMC-ODS** 計畫接受 **SUD** 治療服務的一項必要條件稱為「醫療必要性。」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」之所以重要，是因為這項標準有助判斷您是否符合接受 **DMC-ODS** 服務的資格，以及適用何種 **DMC-ODS** 服務。在取得 **DMC-ODS** 服務的程序中，確定醫療必要性是很重要的一部分。

什麼是物質使用障礙治療服務承保範圍的「醫療必要性」標準？

在決定您是否需要 **SUD** 治療服務的部分過程中，郡立 **DMC-ODS** 計畫將與您以及您的供應商合作，決定各服務是否如上所述具有醫療必要性。本節將說明參與的郡立單位如何做出決定。

若要透過 **DMC-ODS** 接受服務，您必須符合以下標準：

- 您必須投保 **Medi-Cal**。
- 您必須居住在參與 **DMC-ODS** 的郡內。
- 您必須確診患有至少一項《精神疾病診斷及統計手冊》(**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**，簡稱 **DSM**) 中的物質相關及成癮障礙。經過評估有形成 **SUD**「風險」的任何成人或未滿 **21** 歲的青少年，若不符合醫療必要性標準，將符合接受早期介入服務的資格。
- 您必須符合 **American Society of Addiction Medicine (ASAM)** 的醫療必要性定義，才能接受符合 **ASAM** 標準 (即成癮及物質相關病症的全國治療標準) 的服務。

您不需要確定自己確診，也能尋求協助。您的郡立 **DMC-ODS** 計畫將協助您取得此資訊並透過評估確認醫療必要性。

選擇供應商

我如何尋找自己需要的物質使用障礙治療服務供應商？

BHP 可能會對您在供應商的選擇上設立一些限制。您最初開始使用服務時，您的郡立 DMC-ODS 計畫必須讓您從至少二個供應商中擇一，BHP 有充分理由解釋為何無法提供選擇時例外，例如只有一個供應商能提供您需要的服務。您的 BHP 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，本郡必須允許您從至少二個供應商中擇一。

有時候本郡的簽約供應商會自行或應 BHP 要求而退出郡內網絡。發生此狀況時，BHP 必須在收到或發出終止通知後 15 天之內，向接受該供應商 SUD 治療服務的每一位患者提供該郡簽約供應商終止服務的書面通知，善盡告知責任。

我找到供應商後，BHP 能否告知該供應商我取得何種服務？

您、您的供應商、BHP 須依照醫療必要性標準與承保服務清單，共同決定您需要透過本郡取得何種服務。本郡有時候會讓您和供應商自行決定。其他時候，BHP 可能會在某項服務提供之前，要求您的供應商向 BHP 申請審核該供應商認為您需要此項服務的原因。BHP 必須採用合格之專業人員進行審核。此審核程序稱為計畫支付授權程序。

BHP 的授權程序必須依循特定時程。以標準授權來說，計畫必須在您的供應商提出申請後 14 曆日之內決定。若您或供應商提出申請，或是 BHP 認為透過供應商取得更多資訊對您有利時，則時程可額外延長最多 14 曆日。舉例來說，本郡認為若 BHP 能從您的供應商取得更多資訊，或許就能核准該供應商的授權申請，而且在未取得該資訊的情況下可能會拒絕申請時，延長便可能有利於您。若 BHP 延長時程，本郡將寄送延長時程的書面通知給您。

若本郡未於規定時程內針對標準或加急授權申請做出決定，BHP 必須寄送不利保險受益裁決通知給您，告訴您服務遭到拒絕，以及您可以提出上訴或要求舉行州公平聽證會。

您可以要求 BHP 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索取資訊。

如果您不同意 BHP 對於某項授權程序的決定，您可以向本郡提出上訴或要求舉行州公平聽證會。

我的 DMC-ODS 計畫採用哪些供應商？

若您剛加入 BHP，在本手冊最後列有完整的 BHP 供應商清單與供應商所在地點、提供的 SUD 治療服務類型，以及其他有助於您取得照護的資訊，其中包含供應商提供的文化及語言服務相關資訊。若您對供應商有疑問，請撥打本手冊前文章節中所列出的郡立免付費電話號碼。

不利保險受益裁決通知

什麼是不利保險受益裁決通知？

不利保險受益裁決通知有時亦稱為 **NOABD**，是您的郡立 **DMC-ODS** 計畫用來通知計畫決定您能否取得 **Medi-Cal SUD** 治療服務用的一種表格。若您的申訴、上訴或加急上訴並未在時間內有所決議，或是您未於 **BHP** 提供服務的時程標準內取得服務，也將透過「不利保險受益裁決通知」通知您。

我何時會收到不利保險受益裁決通知？

下列任一情況發生時，您將收到不利保險受益裁決通知：

- 您的 **BHP** 或 **BHP** 供應商之一認為您不符合醫療必要性標準，因此不符合接受任何 **Medi-Cal SUD** 治療服務的資格。
- 您的供應商認為您需要 **SUD** 服務並向 **BHP** 申請核准，但是 **BHP** 不同意且拒絕了該供應商的申請，或是更改了服務類型或頻率。大多數情況中，您將在接受服務之前收到不利保險受益裁決通知，但有時候您會在接受服務之後或是當時才收到不利保險受益裁決通知。如果您在接受服務之後才收到不利保險受益裁決通知，則不需要支付服務費用。
- 您的供應商已經請求 **BHP** 核准，但是 **BHP** 需要更多資訊才能決定，而且未及時完成核准程序。
- 您的 **BHP** 未依照其訂定之時程提供服務給您。請致電 **BHP** 以瞭解 **BHP** 有無訂定時程標準。
- 您向 **BHP** 提出申訴，但 **BHP** 未能在 90 曆日之內以書面決議回覆您的申訴；您向 **BHP** 提出上訴，但 **BHP** 未能在 30 曆日之內以書面決議回覆您的上訴，或是未能在 72 小時之內回覆您提出的加急上訴。

我未取得想要的服務時，一定會收到不利保險受益裁決通知嗎？

部分情況中，您可能不會收到不利保險受益裁決通知。您仍然可以向 **BHP** 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公平聽證會。本手冊內含提出上訴或申請舉行公平聽證會之資訊。您供應商的辦公室內應該也有相關資訊。

不利保險受益裁決通知會告知我什麼資訊？

不利保險受益裁決通知告知您的資訊有：

- 會影響您以及您能否取得服務的 **BHP** 之決定。
- 決定的生效日期以及計畫做出該決定的原因。
- 本郡做出決定時所依循的州規定或聯邦規定。
- 您不同意計畫的決定時，您所擁有的權利。
- 如何向計畫提出上訴。
- 如何申請舉行州公平聽證會。
- 如何申請加急上訴或舉行加急公平聽證會。
- 如何取得協助以提出上訴或申請舉行州公平聽證會。
- 您有多少時間能提出上訴或申請舉行州公平聽證會。
- 您等待上訴或州公平聽證會的決定時，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公平聽證會的時間。

收到不利保險受益裁決通知時，我該怎麼辦？

您收到不利保險受益裁決通知時，請詳細閱讀表格上的所有資訊。若您不理解表格資訊，您的 **BHP** 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公平聽證會時，可以申請繼續接受遭到中止的服務。您必須在不利保險受益裁決通知郵戳標記日期之後的 **10** 曆日之內，或是您親自收到通知之後的 **10** 曆日之內，或在變更生效的日期之前，申請繼續接受服務。

問題解決程序

如果我無法從自己的郡立 **DMC-ODS** 計畫取得想要的服務，該怎麼辦？

您的 **BHP** 有方法為您解決任何關於您正在接受的 **SUD** 治療服務的問題。這稱為問題解決程序，其中可能包含下列程序：

1. 申訴程序 – 表達您對 **SUD** 治療服務的任何不滿，不利保險受益裁決除外。
2. 上訴程序 - 審核 **BHP** 或您的供應商為了您的 **SUD** 治療服務所做的決定 (例如拒絕或變更服務)。
3. 州公平聽證會程序 - 進行審核以確保您取得 **Medi-Cal** 計畫所保障您的 **SUD** 治療服務。

提出申訴或上訴，或是舉行州公平聽證會並不會對您不利，也不會影響您正在接受的服務。您的申訴或上訴完成時，**BHP** 將通知您和其他相關人士最終結果。您的州公平聽證會申請定案後，州聽證會辦公室將通知您和其他相關人士最終結果。

請參閱下文以進一步瞭解各項問題解決程序。

我能否取得協助以提出上訴、申訴或請求舉行州公平聽證會？

您的 **BHP** 有專人能向您解釋這類程序，並協助您以申訴、上訴或是請求舉行州公平聽證會的方式通報問題。專人也能協助您確定自己是否符合「加急」程序的資格，也就是因為您的健康或穩定性面臨風險，而加快程序的審查。您也能授權其他人代表您，例如您的 **SUD** 治療供應商。如果您需要協助，請洽 **1-844-682-7215**。

我需要協助以解決郡立 **DMC-ODS** 計畫的問題，但不想提出申訴或上訴，該怎麼辦？

若您在郡內找不到合適人選幫助您處理體系程序，可以從加州取得協助。

您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。您可以向 **Public Inquiry and Response Unit** 詢問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**

使用 **TDD** 之聽障人士請洽：**1-800-952-8349**

申訴程序

什麼是申訴？

申訴是對 **SUD** 治療服務任何方面表達不滿的程序，但不包含上訴和州公平聽證會程序所涵蓋的問題之一。

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。
- 不會以任何形式不利於您或您的供應商。
- 讓您授權其他人代表您，例如供應商。若您授權其他人代表您，**BHP** 可能會要求您簽署一份表格，授權計畫向此人釋出資訊。
- 確保做出決定的個別人士符合資格，而且並未參與任何先前層級的審核或決策過程。
- 確認您、**BHP** 以及您的供應商的角色與責任。
- 在規定時間內提出申訴決議。

我何時能提出申訴？

若您對於從 **BHP** 取得的 **SUD** 治療服務不滿，或對 **BHP** 有其他疑慮，隨時皆能向 **BHP** 提出申訴。

我如何提出申訴？

您可以致電 **BHP** 的免付費電話號碼，以取得提出申訴的相關協助。本郡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。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 **BHP** 是否收到了我的申訴？

您的 **BHP** 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？

BHP 必須在您提出申訴後的 90 曆日之內，對您的申訴做出決定。若您申請延長時限，或是 **BHP** 認為需要更多資訊，而且延期是為了您的權益著想，則您最多可延後時限 14 曆日。舉例來說，本郡認為若 **BHP** 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時，延期便是為了您的權益考量。

我如何知道 **BHP** 是否已經對我的申訴做出決定？

針對您的申訴做出決定後，**BHP** 會以決定書通知您或是您的代表。若 **BHP** 未能及時將申訴決定告知您或任何受影響方，則 **BHP** 將提供您不利保險受益裁決通知，說明您請求舉行州公平聽證會的權利。**BHP** 將在時限截止當天提供您不利保險受益裁決通知。

提出申訴有截止日期嗎？

您隨時皆可提出申訴。

上訴程序 (標準和加急)

BHP 須負責讓您提出申請，審核計畫或您的供應商對您的 **SUD** 治療服務所做的決定。請求審核的方式有二種，第一方式是標準上訴程序，第二種則是加急上訴程序。這二種上訴方式雖然類似，但是加急上訴須滿足特定條件，明確條件說明請參閱下方。

什麼是標準上訴？

標準上訴是申請審查，內容為計畫或您的供應商拒絕或變更您認為需要的服務之決定。若您提出標準上訴，**BHP** 最多可能需要 30 曆日審查。若您認為等待 30 曆日將使您面臨健康風險，您應該要求「加急上訴」。

標準上訴程序將：

- 讓您以親自辦理、電話或書面方式提出上訴。若您親自辦理或以電話提出上訴，之後須補交附簽名的上訴書。您可以請人協助撰寫上訴書。若您之後未補交附簽

名的上訴書，恕不受理您的上訴程序。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供應商產生任何不利影響。
- 讓您授權其他人代表您，例如供應商。若您授權其他人代表您，計畫可能會要求您簽署一份表格，授權計畫向此人釋出資訊。
- 在申請上訴後的規定時間內延續您的福利，規定時間為不利保險受益裁決通知的郵戳日期算起 **10** 曆日內，或是通知當面交給您的當天算起 **10** 曆日內。在上訴待決期間，您不必為延續接受服務而付費。若您申請延續福利，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，您可能就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，包含您的病歷與上訴程序期間、上訴之前納入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公平聽證會的權利。

我何時能提出上訴？

您能向郡立 **DMC-ODS** 計畫提出上訴的時機為：

- 本郡或是本郡簽約供應商之一認為您不符合醫療必要性標準，因此不符合接受任何 **Medi-Cal SUD** 治療服務的資格。
- 您的供應商認為您需要 **SUD** 治療服務並向本郡申請核准，但是本郡不同意且拒絕了該供應商的申請，或是更改了服務類型或頻率。
- 您的供應商請求 **BHP** 核准，但是本郡需要更多資訊才能決定，而且未及時完成核准程序。
- 您的 **BHP** 未依照其訂定之時程提供服務給您。
- 您認為 **BHP** 提供服務的速度不符合您的需求。
- 您的申訴、上訴或加急上訴未能及時有所決議。
- 您和供應商在您需要何種 **SUD** 服務上無法取得一致。

我如何提出上訴？

您可以致電 **BHP** 的免付費電話號碼，以取得協助並提出上訴。計畫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。

我如何知道我的上訴已經有決定了？

您的郡立 **DMC-ODS** 計畫將以書面通知您或是您的代表，告知對您上訴所做之決議。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。
- 若上訴決議不完全對您有利，上述通知將說明您請求舉行州公平聽證會的權利，以及請求舉行州公平聽證會的程序。

提出上訴有截止日期嗎？

您必須在不利保險受益裁決通知日期的 **60** 曆日之內提出上訴。請注意，您不一定會收到不利保險受益裁決通知。您未收到不利保險受益裁決通知時，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？

BHP 收到您的上訴申請後，必須在 **30** 曆日之內對您的上訴做出決議。若您申請延長時限，或是 **BHP** 認為需要更多資訊，而且延期是為了您的權益著想，則您最多可延後時限 **14** 曆日。舉例來說，本郡認為若 **BHP** 有更多時間向您或供應商取得資訊，或許就能核准您的上訴時，延期便是為了您的權益考量。

如果我無法為上訴決議等待 30 天，該怎麼辦？

如果符合加急上訴程序的條件，上訴程序可能可以加快。

什麼是加急上訴？

加急上訴是加快上訴決議的方式。加急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。
- 加急上訴程序與標準上訴程序的截止日期也不同。
- 您可以口頭提出加急上訴。您不必以書面方式提出加急上訴。

我何時能提出加急上訴？

若您認為等待標準上訴決議最多 30 曆日會危及您的性命、健康，或是危害您達到、維持或恢復最完善機能的能力，您可以申請加急解決上訴。若 BHP 同意您的上訴符合加急上訴的條件，本郡將在 BHP 收到加急上訴後 72 小時之內做出決議。若您申請延長時限，或是 BHP 提出需要更多資訊，而且延期對您有利時，則您最多可延後時限 14 曆日。若 BHP 延長期限，計畫將以書面向您解釋延長期限的原因。

若 BHP 決定您的上訴不符合加急上訴的條件，BHP 必須盡合理努力及時以口頭通知您，並在 2 曆日內以書面告知您該項決定的原因。在這之後，您的上訴將依循本節先前所載明的標準上訴時限。若您不同意本郡認為您的上訴不符加急上訴標準的決定，您可以提出申訴。

一旦 BHP 解決您的加急上訴申請，計畫將以口頭和書面方式通知您以及所有受影響方。

州公平聽證會程序

什麼是州公平聽證會？

州公平聽證會是 California Department of Social Services 執行的獨立審核程序，旨在確保您取得 Medi-Cal 計畫保障給您的 SUD 治療服務。

我有哪些州公平聽證會權利？

您有權利：

- 請求加州社會服務處舉行聽證會 (又稱州公平聽證會)。
- 瞭解如何請求舉行州公平聽證會。
- 瞭解州公平聽證會的代表規定。
- 您在規定時間內申請舉行州公平聽證會時，則可以在州公平聽證會程序期間申請繼續取得福利。

我何時能申請舉行州公平聽證會？

以下任一情況中，您能請求舉行州公平聽證會：

- 您已完成 BHP 的上訴程序時。
- 本郡或是本郡簽約供應商之一認為您不符合醫療必要性標準，因此不符合接受任何 Medi-Cal SUD 治療服務的資格。
- 您的供應商認為您需要 SUD 治療服務並向 BHP 申請核准，但是 BHP 不同意且拒絕了該供應商的申請，或是更改了服務類型或頻率。
- 您的供應商請求 BHP 核准，但是本郡需要更多資訊才能決定，而且未及時完成核准程序。
- 您的 BHP 未依照本郡訂定之時程提供服務給您。
- 您認為 BHP 提供服務的速度不符合您的需求。
- 您的申訴、上訴或加急上訴未能及時有所決議。
- 您和供應商在您需要何種 SUD 治療服務上無法取得一致。

我如何申請舉行州公平聽證會？

您能直接向加州社會服務處申請舉行州公平聽證會。您可以透過信件形式，將舉行州公平聽證會的申請寄至：

State Hearings Division

California Department of Social Services

744 P Street, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 95814

您也能致電 1-800-952-8349，TDD 為 1-800-952-8349。

申請舉行州公平聽證會有無截止日期？

您只有 120 曆日可申請舉行州公平聽證會。這 120 天是從 BHP 遞交上訴決議通知到您手上的隔日算起，或是從郡上訴決議通知的郵戳日期隔日算起。

若您未收到不利保險受益裁決通知，可以隨時申請舉行州公平聽證會。

等待州公平聽證會決議時，我可以繼續使用服務嗎？

可以，若您目前正在接受治療，而且希望在上訴期間繼續治療，您必須在上訴決議通知郵戳日期算起 10 天之內，或是您收到後 10 天之內，或是在您的 BHP 表示服務將停止或減少的日期之前，要求舉行州公平聽證會。您要求舉行州公平聽證會時，您必須表示自己希望繼續接受治療。此外，您不需要為了等待州公平聽證會期間所接受的服務付費。

若您申請延續福利，但州公平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，您可能就需要支付州公平聽證會待決期間的服務費用。

如果我無法為州公平聽證會的決議等待 90 天，該怎麼辦？

若您認為正常的 90 曆日時程會嚴重影響您的健康，包含您達到、維持或恢復重要生命機能的能力，您可以要求加急舉行 (較快) 州公平聽證會。Department of Social Services, State Hearings Division 將審核您的加急州公平聽證會申請，並決定此案是否符合條件。若您的加急州聽證會申請獲得核准，州聽證會部將在收到申請後的 3 個工作天之內舉行聽證會，並發出聽證會決議。

加利福尼亞州 MEDI-CAL 計畫的重要資訊

誰能參加 Medi-Cal？

符合下列任一條件者有資格參加 Medi-Cal：

- 65 歲或以上
- 未滿 21 歲
- 21 歲至 65 歲之間的成人以收入資格為準
- 視障或殘障人士
- 懷孕者
- 特定難民或古巴/海地移民
- 在護理之家接受照護者

您必須住在加州才能符合 Medi-Cal 的資格。請致電或前往您當地的郡社會服務辦公室索取 Medi-Cal 申請書，或上網取得：<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/MediCalApplications.aspx>

我需要為 Medi-Cal 付費嗎？

依照您每月取得或賺得的金額，您可能需要為 Medi-Cal 付費。

- 若您的收入少於 Medi-Cal 根據您的家庭大小所設的限制，您不必為 Medi-Cal 服務付費。
- 若您的收入多於 Medi-Cal 根據您的家庭大小所設的限制，您將必須為自己的醫療或 SUD 治療服務支付部分費用。您支付的金額稱為您的「分攤費用」。您支付自己的「分攤費用」後，Medi-Cal 將為您付清您當月的承保醫療服務帳單。在您沒有任何醫療花費的月份中，您不必支付任何費用。
- 您可能必須為 Medi-Cal 的任何治療支付「定額手續費」。也就是說，您每次取得醫療服務、SUD 治療服務或是處方藥物 (藥品) 時，都需要支付一筆自付費；若您因為常規服務前往醫院急診，亦需要支付定額手續費。

您的供應商會告知您是否需要支付定額手續費。

Medi-Cal 承保範圍是否包含交通服務？

若您難以前往預約地點接受醫療服務，或是藥物和酒精治療的預約地點，Medi-Cal 可以協助您找到交通服務。

- 若是兒童，郡立 Child Health and Disability Prevention (CHDP) 計畫可以提供協助。您也可以聯絡郡立社會服務辦公室，請參閱下方資訊。您也能上網取得資訊，網址：www.dhcs.ca.gov，點選「服務」(Services) 後點選「Medi-Cal」。
- 若是成人，可以向郡立社會服務辦公室求助，請見下方資訊。您也能上網取得資訊，網址：www.dhcs.ca.gov，點選「服務」(Services) 後點選「Medi-Cal」。
- 若您參加了 Medi-Cal 管理式照護計畫 (MCP)，MCP 必須依照《福利與機構法規》第 14132 (ad) 節協助取得交通服務。所有服務需求皆提供交通服務，包含未列入 DMC-ODS 計畫者。

請上網尋找您當地的郡辦公室地址，網址：<http://dhcs.ca.gov/COL> 或見下方的 **Alameda County Social Service Agency** 辦公室清單：

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

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。您能上網找到電話號碼，網址：
<http://dhcs.ca.gov/COL>；或見下方的 Alameda County Social Service Agency 辦公室清單：

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：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，請造訪網址 <http://dhcs.ca.gov/COL> 尋找您當地的郡辦公室，您可於辦公室取得填寫申請表的協助。

如需 Alameda County 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：<http://www.coveredca.com/get-help/local>。

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

會員權利與責任

我是 DMC-ODS 服務的接受者，我有哪些權利？

身為符合參加 Medi-Cal 資格以及 DMC-ODS 先導計畫郡的居民，您有權利透過 BHP 接受具醫療必要性的 SUD 治療服務。您有權利：

- 受到尊重，而且有權在隱私權和維護您的醫療資訊保密的需求上獲得適當考量。
- 取得可用治療選項和替代方案的資訊，並以會員當事人的狀況與理解能力適當呈現。
- 參與您 SUD 照護的相關決定，包含拒絕治療的權利。
- 發生醫療上有必要處理的緊急病症時，或發生急診或危機時，及時取得照護服務，包含全年無休 24 小時提供的服務。
- 取得本手冊中本郡 DMC-ODS 計畫承保的 SUD 治療服務之相關資訊，以及本節所述的 BHP 其他義務和您的權利之相關資訊。
- 要求您的機密健康資訊受到保護。
- 要求並取得您的醫療紀錄複本，並且依照 45 CFR §164.524 與 164.526 所述之方式要求修改或修正。
- 提出要求後，以適合要求的其他格式及時取得書面資料 (包含點字版、大字版本、口述版本)。
- 依據您偏好的語言取得口譯服務。
- 透過 BHP 取得 SUD 治療服務，且該 BHP 於下列範疇中遵守與加州的合約規定：服務供應、確保其具備足夠能力與服務、協調與延續照護、承保及授權服務。
- 若您未成年，則可取得未成年人同意服務。
- 計畫沒有可提供服務的員工或簽約供應商時，及時取得網絡外具有醫療必要性的服務。「網絡外供應商」係指不在 BHP 供應商名單上的供應商。本郡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。您可以致電 24 小時免費專線 1-844-682-7215 以瞭解如何從網絡外供應商取得服務。

- 要求郡網絡之內或之外的合格健康照護專業人員提供第二意見，而且您不必支付額外費用。
- 針對機構或取得的照護提出口頭或書面申訴。
- 收到不利保險受益裁決通知時，提出口頭或書面上訴。
- 要求舉行州 **Medi-Cal** 公平聽證會，納入可能申請舉行加急公平聽證會的背景資料。
- 避免因為強迫、懲戒、便利或報復而受到任何形式的約束或隔離。
- 自由行使上述權利而且不會因此使 **BHP**、供應商、加州治療您的方式受到不利影響。

我是 **DMC-ODS** 服務的接受者，我有哪些責任？

DMC-ODS 服務的接受者皆有責任：

- 詳讀您透過 **BHP** 取得的會員說明資料。這些資料將有助您瞭解可以取得的服務項目，以及需要時如何接受治療。
- 按照時間計畫接受治療。若遵循治療計畫，您將獲得最佳成效。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，務必攜帶您的 **Medi-Cal (BHP) ID** 卡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。
- 將所有醫療上的疑慮告訴供應商，以確保您的治療計畫方向正確。您所分享的自身需求資訊越完整，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穩固順暢的關係。
- 若您對自己的服務有任何疑問，或是和供應商之間有任何無法解決的問題，請聯繫 **BHP**。
- 若您的個人資訊有任何變更，請告知您的供應商和 **BHP**。資訊變更包含住址、電話號碼和任何其他可能影響您參加治療的醫療資訊。
- 以尊重和禮貌的方式對待為您提供治療的人員。
- 若您發現疑似詐欺或不法行為，敬請通報。

- 您可線上取得阿拉米達郡行為健康照護 Whistle Blower 計畫的資訊，網址：<http://www.acbhcs.org/whistleblower-2/> 或
 - 電話：1-844-729-7055
 - 傳真：(510) 639-1346
 - 電子郵件：ProgIntegrity@acgov.org
 - 郵遞：2000 Embarcadero, Suite 400, Oakland, CA 94606 收件人：QA Office
- [Whistleblower 通報表格](#)
欲知詳情者請檢視 [Whistleblower 政策](#)與 [Whistleblower 說明海報](#)。

供應商目錄

下方為阿拉米達郡行為健康護理服務 (BHCS) 供應商目錄的連結。目錄中的部分供應商僅為特定對象提供專業服務。如欲開始接受服務，請務必先致電物質使用治療及轉介專線 **1-844-682-7215** 以取得篩檢服務，並轉介到最能夠滿足您特定需求的合適供應商，包括語言、通訊、服務地點。其中也有哪些供應商目前接受申請的最新資訊。找到供應商之後，您可以直接致電該供應商並安排約診。

- 需要心理健康服務者：請洽 BHCS 的 ACCESS 計畫，電話：[1-800-491-9099](tel:1-800-491-9099)。
- 需要物質使用服務者：請致電物質使用治療及轉介專線，電話：[1-844-682-7215](tel:1-844-682-7215)。
- 聽力或表達受限者，請撥 **711** 取得加州轉接服務。
- [請點選這裡檢視](#) 心理健康供應商目錄
- [請點選這裡檢視](#) 物質使用障礙供應商所在地點的目錄
- [請點選這裡檢視](#) 提供物質使用障礙翻譯服務的人員目錄

ACBH 於線上提供供應商目錄，網址：http://www.ACBH.org/provider_directory/，網站亦提供下列語言版本：西班牙文、越南文、簡體中文、繁體中文、波斯文、韓文與塔加拉族文。您也能撥打本手冊前文章節所列出的免付費電話號碼以索取目錄。

申請照護轉移

我何時能申請保留自己目前網絡外的前供應商？

- 加入 BHP 後，您可以於下列情況申請保留您的網絡外供應商：
 - 轉往新供應商將嚴重有害您的健康，或是增加您住院或住進收容機構的風險；以及
 - 您在轉移至 BHP 的日期之前就已經透過該網絡外供應商取得服務。

我如何申請保留自己的網絡外供應商？

- 您、您的授權代表或目前的供應商都能向 BHP 提交書面申請。您也可以致電 24 小時免費專線 [1-844-682-7215](tel:1-844-682-7215) 以瞭解如何從網絡外供應商取得服務。
- BHP 收到您的申請後將寄送書面確認，並於三 (3) 個工作天內開始處理申請。

如果我想在轉移 BHP 之後繼續使用網絡外供應商，該怎麼做？

- 您可以在接受網絡外供應商服務後的三十 (30) 曆日之內申請逆向轉移照護。

BHP 為何拒絕我的照護轉移申請？

- BHP 會於下列情況中拒絕您申請保留目前網絡外的前供應商：
 - BHP 記錄過該供應商的照護品質問題

我的照護轉移申請遭拒絕時會發生什麼事？

- BHP 拒絕您的照護轉移時，將：
 - 書面通知您；
 - 提供您至少一位網絡內的替代供應商 (提供和您網絡外的前供應商同樣層級的服務)；以及
 - 告知若您不同意拒絕結果，您有權利提出申訴。
- 若 BHP 提供您多位網絡內的替代供應商，但是您並未選擇，那麼 BHP 將轉介或分配您到其中一位網絡內供應商，並以書面告知您此項安排。

我的照護轉移申請核准後會發生什麼事？

- BHP 核准您的照護轉移申請後，將在七 (7) 天之內提供：

- 申請核准書；
- 照護轉移安排的持續時間；
- 照護持續時間結束時將進行的照護轉移程序；以及
- 您有權利隨時從 BHP 供應商網絡中選擇不同的供應商。

我的照護轉移申請處理時限如何？

- BHP 將在收到您的申請當天算起三十 (30) 曆日之內完成審核您的照護轉移申請。

我的照護轉移期間結束時會發生什麼事？

- BHP 將在照護轉移期間結束之前的三十 (30) 曆日之內以書面通知您，說明在您照護轉移期間結束時即將發生的程序，該程序會將您的照護轉移至網絡內供應商。