



Drug Medi-Cal Organized Delivery System (Drug Medi-Cal 组织式交付系统) 受益人手册

2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

修订日期: 2023 年 12 月 1 日

生效日期: 2024 年 1 月 1 日

¹ 该手册必须在受益人首次获得服务时提供。

目录

其他语言和格式	2
一般信息	3
隐私惯例通知	7
服务	17
如何获得 DRUG MEDI-CAL ORGANIZED DELIVERY SYSTEM 服务	28
如何获得心理健康服务	32
准入标准和医疗必要性	33
选择供货商	34
您使用智能设备访问医疗记录和医疗服务提供者目录信息的权利	37
《不利权益裁定通知书》	38
问题解决过程	42
申诉程序	44
上诉程序（标准和加急）	47
州听证程序	51
有关 MEDI-CAL 计划的重要信息	55
预先指示	59
受益人的权利和责任	61
照护过渡申请	64
非歧视通知	67
语言标语	70



其他语言和格式

其他语言

您可以免费获得其他语言版本的受益人手册（简称：手册）和其他数据。致电阿拉米达县行为健康访问热线 1-800-491-9099 (TTY:711)。可免费致电。阅读本《受益人手册》，了解有关医疗保健语言协助服务（如传译和笔译服务）的更多信息。

Este folleto está disponible en Español

Tập sách này có bản tiếng Việt

이 책자는 한국어로 제공됩니다.

这本手册有中文版

这本手册有中文版

این اطلاعات به زبان فارسی موجود است.

Ang impormasyong ito ay maaaring makuha sa Tagalog.

يتوفر هذا الدليل باللغة العربية.

其他格式

您可以获得其他格式的信息，例如盲文、20号字体大字体、音频，以及取得电子格式，您无需支付任何费用。致电阿拉米达县行为健康访问热线 1-800-491-9099 (TTY:711)。可免费致电。

传译服务

阿拉米达县免费提供由合格传译员提供的全天候传译服务。您不必请家庭成员或朋友作为传译员。我们不鼓励使用未成年人担任传译员，除非情况紧急。全天候提供传译、语言和文化服务。如要获得语言帮助或取得其他语言的手册，请致电阿拉米达县行为健康访问热线 1-800-491-9099 (TTY: 711)。可免费致电。



一般信息

欢迎加入阿拉米达县行为健康关怀计划

重要电话号码	
紧急情况	911
阿拉米达县药物使用障碍服务的行为健康热线	(844) 682-7215
阿拉米达县行为健康关怀服务 ACCESS 心理健康计划	(510) 346-1000 或 (800) 491-9099
TTY	711
紧急情况/预防自杀生命线	988
消费者援助办公室	(800) 779-0787
患者权利倡权入	(510) 835-2505

本手册中的术语：

ACBH	阿拉米达县行为健康(Alameda County Behavioral Health)
BHP	行为健康计划 (Behavioral Health Plan)——ACBH 针对特殊心理健康和药物使用障碍的综合服务在县计划和诊所、签约小区组织、医院和多方面提供者网络内开展。
DMC-ODS	Drug Medi-Cal Organized Delivery System (Drug Medi-Cal 组织式交付系统)
SMHS	专业心理健康服务 (Specialty Mental Health Services)
SSA	社会服务局 (阿拉米达县)
SUD	药物使用障碍



ACBH 欢迎您来到阿拉米达县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System。在接受该系统下的服务时，您可以获得包括门诊治疗、住院治疗、复健服务和许多其他服务方式的服务。

为什么阅读本手册很重要？

了解所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 计划的运作方式，这样您才能获得所需的护理，这一点至关重要。本手册解释了您的福利以及如何获得护理。本手册还将回答您的许多问题。

你将学习：

- 如何通过阿拉米达县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 计划接受药物使用障碍治疗服务
- 您可以获得哪些益处。
- 如果您有疑问或问题该怎么办。
- 您作为您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的受益人的权利和责任

如果您现在不阅读本手册，则应保留本手册以便日后阅读。使用本手册作为您在加入当前 Medi-Cal 福利时收到的《受益人手册》的补充。您的 Medi-Cal 福利可以与 Medi-Cal 管理式医疗计划或常规 Medi-Cal“按服务收费”计划一起使用。

作为您的 **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 所在县计划的受益人，**阿拉米达县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 负责：

- 确定您是否符合从所在县或其提供者网络获取所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务的标准。
- 根据需要您的护理与其他计划或交付系统进行协调，以帮助护理过渡并指导受益人进行转诊，确保转诊循环完善无纰漏，并且新提供者接受受益人的护理。



- 提供全天候接听的免费电话号码，告诉您如何从所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 获得服务。您也可以拨打 1-844-682-7215 联系所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System，申请提供非营业时间的照护。
- 在您附近拥有足够多的提供者，以确保您在需要时能够获得 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 所在县所承保的药物使用障碍治疗服务。
- 通知和教导您有关所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 中提供的服务。
- 以您的语言或传译员（如有必要）免费为您提供服务，并让您知道可以使用这些传译员服务。
- 以其他语言或格式向您提供有关可用内容的书面信息。ACBH 可以提供西班牙语、简体中文、繁体中文、波斯语、阿拉伯语、他加禄语、韩语和越南语以及大字体、盲文和音频格式的书面信息。
- 在变更的预期生效日期前至少 30 天向您提供本手册中指定信息的任何重大变更通知。当可用服务的数量或类型增加或减少，或者网络提供者的数量增加或减少，或者如果有任何其他变化会影响您通过所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 所获得的福利。
- 如果更换提供者会导致您的健康受损或增加住院风险，确保您在一段时间内继续使用您之前和当前的网络外提供者。

拨打帮助热线 1-844-682-7215，了解有关阿拉米达县药物滥用治疗计划和服务的信息。

为需要不同语言材料的受益人提供的信息

如果您想要本手册或其他非英语语言的书面材料，请拨打阿拉米达县 24 小时免费帮助热线 1-844-682-7215。

此信息以下列语言提供：

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



- **Vietnamese:**
Tập sách này có bằng tiếng Việt
- **Korean:**
이 책자는 한국어로 제공됩니다.
- **Chinese (Traditional):**
这本手册有中文版
- **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.
- **Arabic**
- يتوفر هذا الدليل باللغة العربية.

为阅读困难的受益人提供的信息

若您需要帮助以阅读阿拉米达县行为健康计划 (BHP) 材料, 请拨打阿拉米达县 24 小时免费帮助热线 1-844-682-7215。

为有听力障碍的受益人提供的信息

请在加利福尼亚中继服务的协助下拨打 711 联系阿拉米达县行为健康计划 (BHP)。

为有视力障碍的受益人提供的信息

请拨打阿拉米达县 24 小时免费帮助热线 1-844-682-7215 以获取适用于视障受益人的资源。



隐私惯例通知

如果您对本通知有任何疑问，请联系您的医疗保健服务提供商或适当的阿拉米达县医疗保健服务局下设部门：

- 行政管理和贫困人士卫生部，电话：(510) 618-3452
- 行为健康护理服务系统，消费者援助办公室，电话：(800) 779-0787
- 公共卫生部，部长办公室，电话：(510) 267-8000
- 环境卫生部，电话：(510) 567-6700

本通知的目的

本通知介绍了阿拉米达县医疗保健服务局 (ACHCSA)、其下设部门和计划以及参与为您提供医疗保健服务的个人的隐私惯例。这些个人是经阿拉米达县政府授权可出于向您提供服务或遵守州和联邦法律之目的获取您的健康信息的医疗保健专业人员和其他个人。

医疗保健专业人员和其他个人包括：

- 身体健康护理专业人员 (如医生、护士、技术员、医学生)
- 行为健康护理专业人员 (如精神科医生、心理学家、持证临床社会工作者、婚姻和家庭治疗师、专业临床咨询师、精神科技术员，以及注册护士、实习生)
- 在本机构参与护理您的其他个人，或与本机构合作为其客户提供护理的其他个人，包括 ACHCSA 的雇员、工作人员，以及其他履行服务或职能以实现您的医疗保健服务的人员。

这些人员可出于治疗、付款或医疗保健业务之目的，在相互之间分享以及与其他医疗保健服务提供商分享您的健康信息，并出于本通知所述的其他原因与其他人分享您的健康信息。

我们的责任

法律要求我们维护您的受保护健康信息的隐私和安全，并向您提供这份关于我们的法律责任和隐私惯例的通知。我们还有责任遵守本通知中现行有效的条款。

本通知将：

- 确定可在未经您事先书面批准的情况下对您的信息进行哪些类型的使用和披露。



- 确定将会在哪些情况下给您机会同意或不同意对您的信息进行的使用或披露。
- 如果发生了可能损害您的信息隐私或安全的泄露事件，我们将及时通知您。
- 我们必须遵循本通知中所述的职责和隐私惯例，并向您提供一份本通知的副本。
- 我们不会在本通知所述范围之外使用或分享您的信息，除非您以书面形式向我们作出同意。即便您向我们作出同意，您也可以随时改变主意。如果您改变主意，请以书面形式告知我们。
- 向您告知您在您的个人健康信息方面拥有哪些权利。

我们可能如何使用和披露您的健康信息

对健康信息进行使用和披露的类型可以分为几大类。下文中介绍了这些类别，并附上了解释和一些示例。本文中并未能详尽列出每一种类型的使用和披露，但所有使用和披露都归属于以下其中一个类别。

治疗。我们可以使用或共享您的健康信息，以便为您提供医疗或其他健康服务。“医疗”一词的含义包括您可能接受的身体健康护理治疗，以及“行为健康护理服务”（心理健康服务以及酒精或其他药物治疗服务）。例如，持证临床医生可能会安排精神科医生来接诊您，讨论可能采取的药物疗法，并可能与精神科医生讨论其对您治疗的见解。或者，我们的工作人员可能会编写待完成化验的订单，或者为了由外部医生进行某项身体检查而取得转诊。如果您向另一个服务提供商获取医疗保健服务，我们也可能出于治疗目的向您的新服务提供商披露您的健康信息。

付款。我们可能会使用或分享您的健康信息，以便就我们已为您提供的治疗和服务，向Medi-Cal、Medicare、健康计划及其他保险承保单位开立账单并获得付款。例如，我们可能需要向您的健康计划提供有关您在此接受的治疗或咨询的信息，以便他们向我们支付或向您报销这些服务费用。我们也可能告诉他们我们所计划提供的治疗或服务，以取得事先批准或确定您的计划是否将承保该等治疗。如果您向另一个服务提供商获取医疗保健服务，我们也可能出于付款目的向您的新服务提供商披露您的健康信息。

医疗保健业务。我们可以使用和分享您的健康信息来运作我们的业务，改善您的护理，并在必要时联系您。我们可能会与阿拉米达县政府部门分享您的健康信息中有限的部分，但仅限于履行重要职能以支持我们医疗保健业务的必要范围。这些使用和披露对医疗保健服务局开展行政管理业务是必要的，并且对确保我们所有客户都能获得高质量护理也是必要的。例如，我们可能会在以下情况下使用您的健康信息：



- 审查我们的治疗和服务，评估工作人员在护理您方面的表现。
- 帮助决定我们应当提供哪些额外的服务，哪些服务是不需要的，以及特定的新治疗是否有效。
- 用于医生、护士、临床医生、技术员、其他医护人员、学生、实习生以及其他机构工作人员的审查或学习活动。
- 帮助我们开展财务管理工作以及遵守法律。
- 如果您向另一个服务提供商获取医疗保健服务，我们也可能向您的新服务提供商披露您的健康信息，以便其开展特定的医疗保健业务。此外，我们可能会从这组健康信息中删除您的身份识别信息，以便其其他人可在不了解特定患者身份的情况下，使用这些信息来研究医疗保健和医疗保健服务交付。
- 我们还可能与那些和我们共同参与“组织化医疗保健服务安排”(OHCA) 的其他医疗保健服务提供商、医疗保健信息交流所以及健康计划分享您的医疗信息，以便开展任何 OHCA 的医疗保健业务。OHCA 包括医院、医生组织、健康计划以及其他共同提供医疗保健服务的实体。我们所参与的 OHCA 名单可从 ACCESS 获取。

签到表。我们可能会通过让您在到达我们的诊所时进行签到，从而使用和披露您的医疗信息。当我们准备好接诊您时，我们也可能会叫到您的名字。

与家人的通知和沟通。我们可能会与您的家庭成员、亲密朋友或其他参与您护理的人分享有关您的位置、一般状况的信息，或（除非您另行指示）在您死亡的情况下告知他们。在救灾情况下，我们可能会向救灾组织披露信息，以便他们能够协调这些通知工作。我们也有可能向某个参与您的护理或帮助为您的护理付款的人披露信息。如果您有能力并且可以作出同意或反对，您既有权利也可以选择作出同意或反对，我们将给您机会在进行这些披露之前提出反对，但是如果我们认为对于应对紧急状况有必要，即便您提出反对，我们仍然可能在灾难发生时披露这些信息。如果您无法告诉我们您的偏好（例如，假如您失去意识），那么如果我们认为分享您的信息是符合您最佳利益的做法，我们可能会采取这一行动。我们也可能会在必要时分享您的信息，以便减轻对于健康或安全的严重、紧迫威胁。

我们还可以如何使用或分享您的健康信息？ 我们被允许或被要求以其他方式分享您的信息，这些方式通常是有助于公共利益的，如公共卫生和研究。我们必须首先满足法律规定的许多条件，之后方可出于这些目的分享您的信息。更多信息参见：

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html。



我们无需给您机会作出同意或反对的披露类型。除上述情况外，法律还允许我们在特定的情况下未经您的许可对您的健康信息进行分享。这些情况如下文所述。

根据法律的要求。我们将在联邦、州或地方法律要求的情况下披露您的健康信息。

疑似有虐待或忽视行为。如果疑似有虐待/忽视儿童、虐待/忽视老年人或受抚养成年人或家庭暴力行为，我们将向有关机构披露您的健康信息。或者是您同意进行披露，或者是我们经法律授权进行披露，并且进行披露被认为对于预防个人或公共卫生或安全可能面临的威胁是必要的。

帮助应对公共卫生风险。我们可在特定情况下分享您的健康信息，比如：

- 预防疾病、伤害或残障
- 报告出生和死亡
- 帮助进行产品召回
- 报告药物的不良反应
- 报告涉嫌虐待、忽视或家庭暴力的行为
- 预防或减轻对任何人的健康或安全的严重威胁

卫生监督活动。我们可能会向卫生监督机构披露健康信息，以便开展法律授权的活动。这些监督活动的示例包括审计、调查、检查以及许可。这些活动对于政府监督医疗保健系统、政府计划以及遵守民法法是必要的。

司法和行政程序。我们可分享您的健康信息，以便响应法院或行政命令、诉讼以及法律行动，或者响应传票。

执法。如果执法人员提出要求，我们可能会披露健康信息，以便：

- 帮助执法人员应对犯罪活动。
- 识别或定位嫌疑人、目击者、失踪人员等。
- 向执法部门提供有关犯罪受害者的信息。
- 报告涉及我们设施或工作人员的犯罪活动或威胁。

验尸官、法医及殡仪员。我们可能会向验尸官、法医披露健康信息。例如，这可能对于确认死者身份或确定死因是必要的。我们也可能会在我们的设施中披露患者健康信息，以便在必要时协助殡仪员履行其职责。



器官或组织捐赠。如果您是一名器官捐赠者，我们可能会向处理器官捐赠或移植的组织发布医疗信息。

研究。在某些有限的情况下，我们可能会出于研究目的使用或披露您的信息。

预防对个人或公共卫生或安全造成的威胁。我们可能会在必要时使用和披露您的健康信息，以预防您的健康和公共安全或者公众或他人的健康和公共安全受到严重威胁。但是，我们将仅向我们认为能够预防威胁或伤害发生的人员进行任何此等披露。

履行特殊政府职能。我们可能会使用或披露您的健康信息，以协助政府履行与您有关的职能。您的健康信息可能会：(i) 披露给军事指挥机关（如果您是武装部队成员），以协助执行军事任务；(ii) 披露给经授权的联邦官员，以开展国家安全活动；(iii) 披露给经授权的联邦官员，以向总统或其他人员提供保护服务，或开展法律允许的调查；(iv) 披露给惩教机构（如果您正在服刑），以用于医疗保健、健康和公共安全目的；(v) 在法律允许的情况下披露给工伤赔偿计划；(vi) 披露给政府执法机构，以保护联邦和州的民选宪政官员及其家人；(vii) 披露给加州司法部，以移送和识别特定的罪犯患者，或者涉及不得购买、持有或控制枪支或致命武器的人士；(viii) 披露给参议院或众议院规则委员会，以进行立法调查；(ix) 披露给全州性的保护和权益维护组织，以及县级患者权利办公室，以用于法律要求的特定调查目的。

其他特殊类别的信息（如适用）。特殊的法律要求可能适用于特定类别信息的使用或披露，例如人类免疫缺乏病毒（HIV）的检测，或者酒精和药物滥用的治疗和服务。此外，稍有不同的规则可能适用于与您接受的任何一般医疗（非心理健康）护理有关的医疗信息的使用和披露。

心理治疗笔记（如适用）。心理治疗笔记是指由作为心理健康专业人员的医疗保健服务提供商记录（以任何媒介）的笔记，其旨在记录或分析在私人咨询或团体、联合或家庭咨询过程中的谈话内容，并且与个人医疗纪录的其余部分是分开的。心理治疗笔记不包括药物处方和监测、咨询的开始和停止时间、提供的治疗方式和频率、临床测试结果，以及以下事项的任何摘要：诊断、功能状态、治疗计划、症状、预后以及迄今的进展。

我们可能会根据法律的要求或在以下情况下使用或披露您的心理治疗笔记：

- 供笔记的创建者使用
- 在面向学生、受训人员或执业人员的监督式心理健康培训计划中使用
- 供此服务提供商用于为个人提起的法律诉讼或其他程序进行抗辩



- 预防或减轻对个人或公众健康或安全的严重、紧迫威胁
- 对心理治疗笔记的创建者进行健康监督
- 供验尸官或法医使用，或披露给验尸官或法医，以便报告患者的死亡
- 对于预防或减轻对个人或公众健康或安全的严重、紧迫威胁有必要的使用或披露
- 在调查过程中或根据法律要求使用或披露给您或 DHHS 部长。
- 在您死后提供给验尸官或法医。
- 如果您撤销了使用或披露您的心理治疗笔记的授权，我们将停止使用或披露这些笔记。

所有权变更 (如适用)。如果本业务/计划被出售或与另一个组织合并，您的个人健康信息/纪录将成为新所有者的财产，但是您将继续有权利可要求将您个人健康信息的副本转移至其他业务/计划。

仅在您获得机会作出同意或反对之后方可进行的披露。

在有些情况下，除非我们已与您进行过讨论（如果可行），并且您并未作出反对，否则我们将不会分享您的健康信息。这些情况包括：

患者名录。您可以决定哪些健康数据（如有）需要在患者名录中列出。

参与您的护理或付款的人。我们可能会与您的家庭成员、亲密朋友或您指定参与您的医疗保健服务的其他人分享您的健康数据。例如，如果您让某个家人或朋友到药房为您取药，我们可能会告诉那个人要取的是什么药物，以及何时可以取药。另外，只要您不反对，我们可能会将您的位置和医疗状况告知给您的家人（或其他负责照顾您的人）。

与您通信时进行的披露。我们可能会与您联系，在此过程中我们会分享您的健康信息。例如，我们可能会使用和披露健康信息与您联系，提醒您在此处有治疗的预约，或者向您告知或推荐您可能感兴趣的可行的治疗选择或替代方案。我们可能会使用和披露您的健康信息，以向您告知您可能感兴趣的健康相关福利或服务。我们可能会就我们的募捐活动与您联系。

健康数据的其他用途。对于本通知或适用于我们的法律未涵盖的其他用途，将仅在征得您书面同意的情况下进行。

即便您允许我们使用或披露您的健康信息，您也可以随时以书面形式撤销该许可。如果您撤销您的许可，我们将不再出于您书面授权所涵盖的原因使用或披露您的健康信息。您应



理解我们无法收回已经在您允许的情况下进行的任何披露，而且我们必须为我们已向您提供的护理保留纪录。

您在您的健康信息方面拥有的权利。在涉及到您的健康信息方面，您拥有特定的权利。此部分解释说明了您的权利以及我们对您负有的一些责任。

泄露事件通知。在不安全的受保护个人健康信息遭到泄露的情况下，如果发生了可能损害您的信息隐私或安全的泄露事件，我们将及时通知您。如果您已经向我们提供了最新的电子邮件地址，我们可能会使用电子邮件来沟通与泄露事件有关的信息。在某些情况下，我们的业务伙伴可能会提供通知。我们也可能会通过其他适当的方式提供通知。

【注意：我们将仅会在确定不包含 PHI 并且不会披露不适当的信息时，才会使用电子邮件通知。例如，如果我们的电子邮件地址是“digestivediseaseassociates.com”，使用这个地址发送的电子邮件如果被截取，便可识别患者及其状况。】

获得您的医疗纪录的电子或纸质副本。您有权检查和复制这些健康信息。这通常包括医疗和账单纪录，但可能不包括某些心理健康信息。特定的限制将适用：

- 您可以要求查看您的医疗纪录以及我们拥有的关于您的其他健康信息，或者要求获得这些纪录和信息的电子或纸质副本。
- 我们通常将在您提出申请后 30 天内，提供您的健康信息的副本或摘要。我们可能会收取一笔基于成本的合理费用。
- 您必须以书面形式提交您的申请。我们可以向您提供用于提出申请的表格，以及关于如何提交表格的说明。
- 您预计将会在 10 个工作日内收到与此申请有关的通知。
- 在特定情况下，我们可能会拒绝您的申请。如果您被拒绝获取健康信息，您可以要求按照法律规定对该拒绝进行审查。
- 如果我们拒绝您获取您的心理治疗笔记的申请，您将有权将这些纪录转移给另一位心理健康专业人员。

要求我们更正您的医疗纪录。如果您认为您的任何健康信息不正确或不完整，您可以要求我们予以更正。我们可能会对您的申请说“不”，但我们将会在 60 天内以书面形式告诉您原因。我们并不需要从您的纪录中删除信息。如果存在任何错误，我们将通过添加澄清或补充信息的方式予以更正。只要信息是由该设施保存的，或由其他方为该设施保存的，您便有权要求进行修改。特定的限制将适用：



- 您必须以书面形式提交您的修改申请。我们可以向您提供用于提出申请的表格，以及关于如何提交表格的说明。
- 您必须提供一个理由来支撑您的申请。

此外，如果您要求我们修改以下信息，我们可能会拒绝您的申请：

- 并非由我们创建的信息，除非信息的创建者不再能够进行修改；
- 不属于由我们设施保存的（或其他方为我们设施保存的）健康信息的组成部分；
- 不属于您将被允许检查或复制的信息的组成部分。即便我们拒绝了您的修改申请，您也有权就您认为您的纪录中不完整或不正确的任何细目或陈述提交一份书面附录。如果您以书面形式明确表明您希望将该附录作为您的健康纪录的组成部分，我们将把该附录附加到您的纪录中，并在我们披露您认为不完整或不正确的细目或陈述时附上该附录。

有权要求我们限制使用或分享的内容。您可以要求我们不得出于治疗、付款或开展业务之目的而使用或分享特定的健康信息。我们并非必须同意您的申请，如果这会影响您的护理，我们可能会说“不”。您还有权要求限制我们向某个参与您的护理或为您的护理付款的人（如家人或朋友）披露的关于您的健康信息。例如，您可以要求我们不使用或不向朋友或家人披露有关您的诊断或治疗的任何信息。

如果我们同意您的申请（即限制我们将您的信息用于治疗、付款或医疗保健业务的方式），我们将遵守您的申请，除非需要这些信息来为您提供紧急治疗。如需要我们进行限制，您必须以书面形式向您的服务提供商提出申请。在您的申请中，您必须告诉我们您希望限制哪些信息，您是希望限制我们的使用还是披露（还是两者均限制），以及您希望这些限制适用于哪些对象。

如果您全额自费支付某项服务或医疗保健细目，您可以要求我们不得出于付款或开展业务之目的而与您的医疗保险公司分享该等信息。我们将会同意您的申请，除非法律要求我们分享该等信息。

有权要求进行保密通信。您可以要求我们以特定的方式与您联系（例如通过住宅或办公室电话）或将邮件寄至另外一个地址。我们将会同意所有合理的申请。如要求进行保密通信，您必须以书面形式向您的服务提供商提出申请。我们不会询问您提出申请的原因。



有权获得本隐私通知的副本。您可以随时要求获得本通知的纸质副本，即便您已经同意以电子方式接收本通知。我们将会及时向您提供一份纸质副本。即使您同意以电子方式接收本通知，您仍然有权获得本通知的纸质副本。您可以向您的服务提供商或任何上述计划获取本通知的副本。

有权获得列出我们分享信息对象的列表。您可以要求我们提供一份清单（台帐），列在您提出申请之日的前六年内，我们在何时分享了您的健康信息，我们与谁进行了分享，以及为什么进行分享。这份台帐将不包括：

- 治疗、付款或医疗保健业务所需进行的披露。
- 我们向您进行的披露。
- 仅在另行允许或要求的披露中附带进行的披露。
- 经您的书面授权而进行的披露。
- 我们在法律允许或要求的情况下进行的其他特定披露。

我们将列出所有已进行的披露，但与治疗、付款、医疗保健业务有关的披露以及其他特定的披露（比如您要求我们进行的任何披露）除外。我们将每年免费提供一份台帐，但如果您在 12 个月内要求我们再提供一份，我们可能会收取一笔基于成本的合理费用。如需索取此披露清单或台帐，您必须以书面形式提交您的申请。我们可以向您提供用于提出申请的表格，以及关于如何提交表格的说明。您的申请必须指明一个时间段，并应表明您希望以何种形式获得这份清单（例如纸质或电子形式）。在产生任何费用之前，我们将告知您所涉及的费用，届时您可以选择撤回或修改您的申请。

有权选择某个人代您行事。如果您给了某个人医疗委托书，或者如果某个人是您的法定监护人，这个便可以行使您的权利，并就您的健康信息作出选择。在我们采取任何行动之前，我们将确保这个人具有响应的权力，并且能够代您行事。

本通知条款的变更。我们可能变更本通知的条款，这些变化将适用于我们拥有的关于您的所有信息。新的通知将可根据需要索取，在我们的诊所获取，并发布在我们的网站上。当/如果隐私惯例通知发生变化，或如果您在一个新的服务站点注册，您会收到一份新通知的副本。

如果您觉得您的权利受到了侵犯，请提出投诉。医疗保健服务局下设的所有计划均致力于保护您个人健康信息的隐私。如果您认为您的隐私权受到了侵犯，您可以向您认为发生了



侵权行为的部门提出投诉。我们将及时调查您的索赔，并在必要时采取纠正措施。我们不会因为您提出投诉而对您进行报复。

所有投诉必须以书面形式提交。您可以通过联系以下部门，获取用于提出投诉的表格以及相关的说明：

行为健康护理服务系统	消费者援助办公室 2000 Embarcadero Cove, Suite 400 Oakland, CA 94606 (800) 779-0787
环境卫生部	部长办公室 1131 Harbor Parkway Alameda, CA 94502 (510) 567-6700
行政管理和贫困人士卫生部	部长办公室 1000 San Leandro Blvd, Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452
公共卫生部	部长办公室 收件人：Privacy Issue 1000 Broadway 5 th Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000

您也可以向美国卫生与公众服务部民权办公室提出投诉，具体方式为寄信至以下地址：

Office of Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 Seventh Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

或者您也可以拨打 1-800-368-1019，或造访 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/



服务

什么是所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务？

所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务是为患有药物使用状况或在某些情况下有可能患上儿科医生或全科医生可能无法治疗的药物使用状况的人员提供的医疗保健服务。

您可以参阅本通知的“筛查、简短干预、转诊治疗和早期干预服务”部分了解更多信息。

所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务包括：

- 门诊治疗服务
- 密集门诊治疗服务
- 部分住院服务
- 住宅/住院治疗服务（须经县政府事先授权）
- 戒断管理服务
- 麻醉品治疗计划服务
- 成瘾治疗药物 (MAT)
- 康复服务
- 同伴支持服务
- 护理协调服务
- 应急管理

流动危机

透过阿拉米达县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提供的服务可透过致电或远程医疗方式获得，但麻醉品治疗服务和戒断管理的医疗评估除外。

如果您想了解更多关于您可以使用的每项 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务，请参阅以下说明：



门诊治疗服务

- 在医疗上有必要时，向受益人提供每周最多 9 小时的咨询服务，为 21 岁以下的受益人提供每周 6 小时以下的咨询服务。根据个人医疗必要性，服务可能会超过最大值。服务可由持照专业人员或经认证的咨询师在小区的任何适当环境中线下、通过电话或远程医疗提供。
- 门诊服务包括评估、护理协调、咨询、家庭治疗、药物服务、阿片类药物使用障碍成瘾治疗药物、酒精使用障碍和其他非阿片类药物使用障碍成瘾治疗药物、患者教育、康复服务和药物使用障碍危机干预服务。
- 阿拉米达县为药物使用障碍 (SUD) 患者提供全面的门诊治疗服务。感兴趣的受益人可以拨打 1-844-682-7215 联系阿拉米达县 24 小时免费帮助热线，或直接联系签约的门诊治疗提供者（请参阅药物使用障碍 (SUD) 治疗提供者名录了解具体计划信息 - <https://www.acbhcs.org/>）。只要有医疗需要，所有合格的阿拉米达县受益人都可以享受这项服务。

密集门诊服务

- 在确定有医疗必要时，为受益人提供每周至少 9 小时、最多 19 小时的密集门诊服务，以及为 21 岁以下的受益人每周至少 6 小时、最多 19 小时的门诊服务。服务主要包括有关成瘾相关问题的咨询和教育。服务可以由有执照的专业人士或经过认证的顾问在结构化的环境中提供。可以线下、通过远程医疗或电话提供密集门诊治疗服务。
- 密集门诊服务包括与门诊服务相同的组成部分。增加的服务小时数是主要区别。
- 阿拉米达县为药物使用障碍 (SUD) 患者提供全面的密集门诊治疗服务。感兴趣的受益人可拨打阿拉米达县 24 小时免费帮助热线 1-844-682-7215 或直接联系签约的密集门诊治疗服务提供商（请参阅药物使用障碍 (SUD) 治疗提供者名录了解具体计划信息 - <https://www.acbhcs.org/>）。只要有医疗需要，所有合格的阿拉米达县受益人都可以享受这项服务。



部分住院

- 21 岁以下的受益人无论居住在哪个县，都有资格享受早期和定期筛查、诊断和治疗服务。
- 根据医疗需要，部分住院服务每周包括 20 小时或更多小时的临床密集计划。部分住院计划通常可以直接获得精神科、医疗和实验室服务，以及满足确定的需求，这些需求需要进行日常监测或管理，但可以在临床密集门诊环境中适当解决。服务可以线下提供，也可通过同步远程医疗或电话提供。
- 部分住院服务类似于密集门诊服务，主要区别在于增加的小时数和额外获得医疗服务的机会。

住宅治疗（须经县政府授权）

- 住宅治疗是一项非机构且 24 小时非医疗的短期住宅计划，在确定有医疗必要时，为被诊断为药物使用障碍的受益人提供康复服务。受益人应住在处所，并支持他们努力恢复、维持、应用人际交往和独立生活技能，并获得小区支持系统。大多数服务均为线下提供；但是，远程医疗和电话也可用于在住宅治疗期间提供服务。提供者和居民协同工作以定义障碍、设定优先级、建立目标并解决与药物使用障碍相关的问题。目标包括维持戒酒、为复发诱因做准备、改善个人健康和社交功能，以及参与持续护理。
- 住宅服务需要事先获得所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 授权。
- 住宅服务包括接收和评估、护理协调、个人咨询、团体咨询、家庭治疗、药物服务、阿片类药物使用障碍成瘾治疗药物、酒精使用障碍和其他非阿片类药物使用障碍成瘾治疗药物、患者教育、康复服务和药物滥用障碍危机干预服务。
- 住宅服务提供商必须直接在现场提供成瘾治疗药物，或在住宅治疗期间协助在现场外获得成瘾治疗药物。住宅服务提供商仅提供成瘾治疗提供者的药物联系信息，不满足此要求。住宅服务提供商必须向 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 涵盖的受益人提供和开具药物处方。
- 阿拉米达县为药物使用障碍 (SUD) 患者提供全面的住宅治疗服务。感兴趣的受益人可以拨打 1-844-682-7215 联系阿拉米达县 24 小时免费帮助热线，以完成筛选



并开始转诊流程。该服务适用于所有符合条件的阿拉米达县受益人；可能适用一些时间和入院限制。怀孕或最近怀孕的会员可以直接联系特定项目以协助入会流程。

住院治疗服务（因县而异）

- 21 岁以下的受益人无论居住在哪个县，都有资格享受早期和定期筛查、诊断和治疗服务。
- 住院服务在 24 小时内提供，在住院环境中提供专业指导的评估、观察、医疗监测和成瘾治疗。大多数服务均为线下提供；但是，远程医疗和电话也可用于在住院治疗期间提供服务。
- 住院服务高度结构化，医生可能每天 24 小时在现场提供服务，此外还有注册护士、成瘾咨询师和其他临床人员。住院服务包括评估、护理协调、咨询、家庭治疗、药物服务、阿片类药物使用障碍成瘾治疗药物、酒精使用障碍和其他非阿片类药物使用障碍成瘾治疗药物、患者教育、康复服务和药物使用障碍危机干预服务。

麻醉治疗计划

- 麻醉品治疗计划是门诊计划，需要医生根据医疗需要开立医嘱以提供 FDA 批准的药物治疗药物使用障碍。麻醉剂治疗计划必须向 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 涵盖的受益人提供和开具药物，包括美沙酮、丁丙诺啡、纳洛酮和双硫仑。
- 每个日历月必须至少为受益人提供 50 分钟的咨询时间。这些咨询服务可以线下、通过远程医疗或电话提供。麻醉品治疗服务包括评估、护理协调、咨询、家庭治疗、医学心理治疗、药物服务、阿片类药物使用障碍成瘾治疗药物、酒精使用障碍和其他非阿片类药物使用障碍成瘾治疗药物、患者教育、康复服务和药物滥用障碍危机干预服务。

戒断管理

- 戒断管理服务为紧急服务，将短期提供。可以在完成全面评估之前提供戒断管理服务，并且可以在门诊、住院或住院环境中提供。



- 论在何种类型的情况下，在戒断管理过程中都应监控受益人。在住宅或住院环境中接受戒断管理的受益人应居住在该设施。医疗上必要的康复和康复服务由执业医师或执业医师开具处方。
- 戒断管理服务包括评估、护理协调、药物服务、阿片类药物使用障碍成瘾治疗药物、酒精使用障碍和其他非阿片类药物使用障碍成瘾治疗药物、观察和康复服务。
- 阿拉米达县提供方便的住宅戒断管理服务。感兴趣的受益人可以自行转诊或联系阿拉米达县 24 小时免费帮助热线 844-682-7215 以获取具体转诊和联系信息。没有时间限制，所有符合条件的阿拉米达县受益人均可享受此服务。

成瘾治疗药物

- 用于成瘾治疗服务的药物可用于临床和非临床环境。成瘾治疗药物包括所有 FDA 批准的治疗酒精使用障碍、阿片类药物使用障碍和任何药物使用障碍的药物和生物制品。受益人有权在现场或通过机构外的转诊获得成瘾治疗药物。批准的药物清单包括：
 - 阿坎酸钙
 - 盐酸丁丙诺啡
 - 丁丙诺啡缓释注射剂 (Sublocade)
 - 丁丙诺啡/盐酸纳洛酮
 - 盐酸纳洛酮
 - 纳曲酮 (口服)
 - 纳曲酮微球注射悬浮剂 (Vivitrol)
 - 盐酸洛非西定 (Lucemyra)
 - 双硫仑 (Antabuse)
 - 美沙酮 (由麻醉品治疗计划提供)
- 成瘾治疗药物可提供以下服务：评估、护理协调、个体咨询、团体咨询、家庭治疗、药物服务、患者教育、康复服务、药物使用障碍危机干预服务和戒断管理服务。
- 戒毒治疗药物可作为所有 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务的一部分，例如门诊治疗服务、密集门诊服务和住院治疗。



- 受益人也可以在所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 以外获得成瘾治疗药物。例如，用于治疗成瘾的药物，如丁丙诺啡，可以由与您的 Medi-Cal 管理式护理计划（常规 Medi-Cal“按服务收费”计划）合作的初级保健机构的一些处方医生开具处方，并且可以在药房配药或注射。
- ACBH 目前有 2 家门诊 MAT 提供者可供受益人使用，并希望扩大这些服务以在全县范围内提供全面的 MAT 服务。有兴趣的受益人应拨打 1-844-682-7215 联系阿拉米达县 24 小时免费帮助热线，了解具体的转诊和联系信息（请参阅 SUD 治疗提供者名录了解具体计划信息 - <https://www.acbhcs.org/>）。没有时间限制，所有符合条件的阿拉米达县受益人均可享受此服务。



同伴支持服务

- ACBH 的同伴支持服务办公室可以回答有关同伴支持服务的问题。请访问 <https://www.acbhcs.org/office-of-the-director/office-of-health-equity/>。
- 同伴支持服务是具有文化能力的个人和团体服务，可促进恢复、复原力、参与、社会化、自给自足、自我倡权、自然支持的发展以及通过结构化活动识别强项。这些服务可以提供给您或您指定的重要支持人员，并且可以在您接受其他 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务的同时获得。同伴支持服务中的同伴专家是正在康复的个人，其具有心理健康或药物使用病症经验，该个人参与县政府的州批准认证计划，并获得县政府的认证，同时在获得执照、豁免或在州注册的行为健康专业人员的指导下提供这些服务。
- 同伴支持服务包括个人和团体辅导、教育技能培养小组、资源导航服务、鼓励您参与行为健康治疗的参与服务，以及促进自我倡权等治疗活动。
- 阿拉米达县目前没有将这些服务作为 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的一部分。
- 21 岁以下的受益人无论居住在哪个县，都有资格享受早期和定期筛查、诊断和治疗服务。

康复服务

- 康复服务对您的康复和健康很重要。康复服务可以帮助您联系治疗小区以管理您的健康和医疗保健。因此，这项服务强调您在管理健康、使用有效的自我管理支持策略以及组织内部和小区资源以提供持续的自我管理支持方面的作用。
- 可能会根据您的自我评估或提供者对复发风险的评估获得康复服务。可以线下、通过远程医疗或电话提供服务。
- 康复服务包括评估、护理协调、个人咨询、团体咨询、家庭治疗、康复监测和复发预防部分。
- 所有 ACBH 签约的门诊 SUD 提供者都可以为已完成 SUD 治疗的受益人提供康复服务。有兴趣的受益人可拨打 844-682-7215 联系阿拉米达县 24 小时免费帮助热



线，了解具体的转诊和联系信息（请参阅 SUD 治疗提供者名录了解具体计划信息 - <https://www.acbhcs.org> 没有时间限制，所有符合条件的阿拉米达县受益人都可以使用此服务。



护理协调

- 护理协调服务包括提供药物使用障碍护理、心理健康护理和医疗护理的协调活动，并为您的健康提供与服务和支持的联系。护理协调随所有服务一起提供，可以在临床或非临床环境中进行，包括在您的小区中。
- 护理协调服务包括与医疗和心理健康提供者协调以监测和支持健康状况、出院计划以及与辅助服务协调，包括让您可以联系到儿童保育、交通和住房等小区服务。

应急管理

- ACBH 正在参与州试点，以提供应急管理服务。
- 应急管理服务是针对兴奋剂使用障碍的循证治疗，符合条件的受益人将参与结构化的 24 周门诊应急管理服务，然后是六个月或更长时间的额外治疗和康复支持服务，不提供激励措施。
- 最初 12 周的应急管理服务包括一系列实现治疗目标的激励措施，具体针对不使用兴奋剂（例如可卡因、苯丙胺和甲基苯丙胺），将通过尿液药物测试进行验证。激励措施包括现金等价物（例如，礼品卡）。
- 应急管理服务仅适用于在参与提供者运营的非住宅环境中接受服务并且已注册并参与全面、个别治疗课程的受益人。请拨打帮助热线 1-844-682-7215 了解更多信息。
- 21 岁以下的受益人无论居住在哪个县，都有资格享受早期和定期筛查、诊断和治疗服务。

流动危机服务

- 如果您遇到心理健康和/或药物使用危机（“行为健康危机”），您可获得流动危机服务。
- 流动危机服务是由持证心理健康专业人员在您经历危机的地点提供的服务，包括您的住宅、工作场所、学校或任何其他地点，但不包括医院或其他设施环境。流动危机服务全天候提供服务。
- 流动危机服务包括快速响应、个人评估和社区稳定。如果您需要进一步的护理，流动医疗服务提供者还将为您提供温馨交接或转诊服务，包括自愿或非自愿的精神科住院治疗。在适当的情况下，团队会将您送至各种治疗地点。



- ACBH 将在危机事件发生后 72 小时内提供转诊服务的后续联系。
- 您可拨打 988 联络 ACBH 流动危机处理小组、阿拉米达县行为健康帮助热线 1-844-682-7215 或在紧急情况下致电 911。
- 21 岁以下的受益人无论居住在哪个县，都有资格享受早期和定期筛查、诊断和治疗服务。

筛查、评估、简短干预和转诊治疗

- 酒精和药物筛查、评估、简短干预和转诊治疗不是药物 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的福利。
- 对于 11 岁及以上的受益人，这是 Medi-Cal 按服务收费和 Medi-Cal 管理式护理交付系统的一项福利。
- 管理式医疗计划必须为 11 岁及以上的受益人提供承保的药物使用障碍服务，包括酒精和药物使用筛查、评估、简短干预和转诊治疗 (SABIRT)。



早期干预服务

- 早期干预服务是针对 21 岁以下受益人提供的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务。
- 任何 21 岁以下的受益人如果接受筛查并确定存在发生药物使用障碍的风险，则可以接受门诊服务水平涵盖的任何服务作为早期干预服务。
- 为 21 岁以下的受益人提供早期干预服务不需要药物使用障碍诊断。

早期和定期筛查、诊断和治疗

- 21 岁以下的受益人有资格获得本手册前面所述的服务以及通过名为“早期和定期筛查、诊断和治疗”的福利获得额外的 Medi-Cal 服务。
- 要获得“早期和定期筛查、诊断和治疗”服务的资格，受益人必须未满 21 岁并且拥有全面的 Medi-Cal。“早期和定期筛查、诊断和治疗”承保纠正或帮助缺陷以及身体和行为健康状况所必需的医疗服务。维持、支持、改善或使病情更容易忍受的服务被视为有助于病情，并包含在“早期和定期筛查、诊断和治疗”服务中。
- 如果您对 EPSDT 服务有任何疑问，请通过 InfoACBH.CYASOC@acgov.org 联系 ACBH EPSDT 协调办公室，或访问 [DHCS 早期和定期筛查、诊断和治疗网页](#)。

管理式医疗计划或“常规”Medi-Cal“按服务收费”计划提供的药物使用障碍服务

- 管理式医疗计划必须为 11 岁及以上的受益人（包括怀孕成员）提供承保的药物使用障碍服务，包括酒精和药物使用筛查、评估、简短干预和转诊治疗 (SABIRT)，以及在初级保健环境中进行烟草、酒精和非法药物筛查。
- 管理式医疗计划还必须提供或安排提供初级保健、住院医院、急诊室和其他签约医疗机构提供的成瘾治疗药物（也称为药物辅助治疗）。
- 管理式医疗计划还必须提供稳定受益人所需的紧急服务，包括自愿住院戒毒。



如何获得 DRUG MEDI-CAL ORGANIZED DELIVERY SYSTEM 服务

我如何获得 DRUG MEDI-CAL ORGANIZED DELIVERY SYSTEM 服务？

如果您认为您需要药物使用治疗服务，您可以自行向 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 县寻求服务。您可以拨打本手册正面所列的您所在县的免费电话号码。您也可能被转介到您所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 以其他方式获得药物使用障碍治疗服务。

如果您是受益人，您所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须接受来自认为您可能需要这些服务的内科医生、行为健康专家和其他初级保健提供者以及您的 Medi-Cal 管理式医疗健康计划的药物使用障碍治疗服务转诊。通常，您的全科医生或 Medi-Cal 管理式医疗保健计划需要您的许可或儿童父母或看护人的许可才能进行转诊，除非有紧急情况。其他人和组织也可以向本县进行转诊，包括学校；县福利或社会服务部门；监管人、监护人或家庭成员；和执法机构。

承保的服务可通过 ACBH 的提供者网络获得。如果任何签约提供者反对执行或以其他方式支持任何承保的服务，ACBH 将安排另一家提供者执行该服务。您所在的县不得拒绝进行初步评估以确定您是否符合获得所在县 DMC-ODS 服务的标准的申请。

我在哪里可以获得 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务？

阿拉米达县正在参与 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 计划。由于您是阿拉米达县的居民，您可以通过 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 在您居住的县获得 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务。您所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 有药物滥用障碍治疗提供者，其可以治疗计划承保的病症。其他未参与 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的县可以提供以下 Drug Medi-Cal 服务：



- 密集门诊治疗
- 麻醉治疗
- 门诊治疗
- 围产期住宅药物滥用服务（不包括食宿）

如果您未满 21 岁，您也有资格在全州任何其他县获得“早期和定期筛查、诊断和治疗”服务。

营业时间后的照护

从 2022 年 7 月 16 日开始，988 是现有国家预防自杀生命线 (800-273-8255) 的新号码，在这里，任何遭受心理健康相关困扰的人都可以全天候免费获得富有同情心的支持——无论是对自杀、心理健康或药物滥用危机，或任何其他类型的情绪困扰。如果担心亲人可能需要危机支持，您也可以拨打 988。988 不是 911，但如果来电者遇到医疗紧急情况、处于迫在眉睫的危险中或需要立即介入，988 将联系 911。危机支持服务人员在工作日夜间和周末为该线路提供服务。

988 Collaborative 的目标是建立更具凝聚力的护理系统，该系统会定期联系需求和资源，并共同努力确保生活在阿拉米达县的每个人（考虑到多元文化）都能轻松获得救生资源。

988 Collaborative 由处理危机连续体的机构组成，包括移动危机、危机稳定、警察、消防、911 调度、ACBH 危机小组、危机支持服务（危机热线/小区教育）。

<https://988alamedacounty.org/> 是我们的本地网站，该网站将分享有关当地危机资源的信息，并将帮助阐明什么是 988 以及来电者会得到什么样的响应。我们相信，通过提高透明度，我们可以利用这个机会与可能对使用危机资源感到犹豫的小区建立信任。该网站还将成为确保我们小区中统一消息传达的重要资源。



我怎么知道什么时候需要帮助？

许多人在生活中遇到困难，可能会遇到与药物使用有关的问题。最重要的是要记住，帮助无处不在。如果您符合 Medi-Cal 的资格，并且您认为您可能需要专业帮助，您需要申请您所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 进行评估以确认，因为您目前居住在参与 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 计划的郡县。

我如何知道儿童或青少年何时需要帮助？

如果您认为您的孩子或青少年表现出任何药物使用的迹象，您可以联系您所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 进行评估。如果您的孩子或青少年符合 Medi-Cal 的资格，并且县评估表明需要合作县包含的药物和酒精治疗服务，该县将安排您的孩子或青少年接受这些服务。

我什么时候可以获得所在县 **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 服务？

在为您安排接受所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务的预约时，您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须满足州的预约时间标准。所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须为您提供满足以下预约时间标准的预约：

- 在您非紧急申请开始药物使用障碍提供者门诊服务和密集门诊服务后的 10 个工作日内；
- 在您申请麻醉品治疗计划服务后的 3 个工作日内；
- 如果您正在接受持续药物使用障碍的治疗，则在 10 天内进行非紧急预约，但您的治疗提供者确定的某些病例除外。

然而，如果您的医疗服务提供者认为较长的等待时间在医学上是适当的，并且对您的健康无害，则等待时间可能会更长。如果您被告知自己已列入等待名单，但认为等待时间过长有损健康，请拨打 1-844-682-7215 (TTY:711) 联络健康帮助热线。如果您没有得到及时的护理，您有权提出申诉。有关申诉的更多信息，请参阅本手册的“申诉程序”部分。



谁决定我将获得哪些服务？

您、您的提供者和所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 都参与决定您需要通过所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 获得哪些服务。药物使用障碍提供者将与您交谈，通过他们的评估，他们将帮助推荐哪些服务适合您的需求。在医疗服务提供者进行评估期间，您可以接受一些服务。

如果您未满 21 岁，则所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须提供必要的医疗服务，以帮助纠正或改善您的心理健康状况。维持、支持、改善行为健康状况或使行为健康状况更容易容忍的服务被认为具有医疗必要性。

医疗必要性是通过阿拉米达县 DMC-ODS 计划接受 SUD 治疗服务所需的条件之一。医疗必要性是指有执照的专业人员确定服务的医疗需求。一旦确认需求，受益人将被转诊至我们的签约供货商之一。

DMC-ODS 服务要求受益人满足以下条件：

- 加入阿拉米达县 Medi-Cal；和
- 必须符合美国成瘾医学协会 (ASAM) 对基于 ASAM 标准的服务的医疗必要性的定义 (ASAM 标准是成瘾和药物相关疾病的美国治疗标准)。

受益人不需要知道其是否有诊断来寻求帮助。阿拉米达县 DMC-ODS 计划将帮助受益人接收诊断信息并通过 ASAM 评估确定医疗必要性。



如何获得心理健康服务

我在哪里可以获得专业的心理健康服务？

您可以在您居住县和县外获得专业心理健康服务。ACBH 为阿拉米达县的儿童、青少年、成人和老年居民提供 SMHS。如果您未满 21 岁，您有资格获得早期和定期筛检、诊断和治疗项下的额外保险和福利。

您的心理健康计划将决定您是否符合专业心理健康服务的准入标准。如果您符合，心理健康计划会将您转诊至心理健康提供者，由其对您的需求进行评估，从而确定您需要哪些服务以满足您的需求。如果您注册成为管理式医疗计划的受益人，您也可以要求对您的管理式医疗计划进行评估。如果管理式医疗计划确定您符合专业心理健康服务的准入条件，则管理式医疗计划将帮助您将服务从管理式医疗计划过渡到心理健康计划。只要能获得心理健康服务，什么方法都没有错。这意味着除了专业心理健康服务外，您甚至可以透过管理式保健计划获得非专业心理健康服务。如果您的心理健康医疗服务提供者认为这些服务在临床上适合您，并且这些服务是协调的、不重复的，那么您可以透过心理健康医疗服务提供者获得这些服务。



准入标准和医疗必要性

药物使用治疗服务承保范围的准入标准是什么？

作为决定您是否需要药物使用治疗服务的一部分，所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 将与您和您的提供者一起决定您是否符合接受 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务的准入标准。本节解释您的参与县将如何做出该决定。

您的提供者将与您一起进行评估，以确定哪种 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务最适合您。该评估必须通过远程医疗或电话面对面进行。在进行评估期间，您可能会接受一些服务。在您的提供者完成评估后，他们将确定您是否满足以下准入标准以通过 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 接受服务：

- 您必须加入 Medi-Cal。
- 您必须居住在参与 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的县。
- 您必须至少有一项药物相关和成瘾精神障碍诊断和统计手册的诊断（烟草相关疾病和非药物相关疾病除外），或者至少有一项诊断来自被监禁前或监禁期间药物相关和成瘾性精神障碍的诊断和统计手册（烟草相关障碍和非药物相关障碍除外）。

当提供者确定服务将纠正或帮助药物滥用或药物使用障碍时，21 岁以下的受益人可以接受所有 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务，即使诊断尚未确定。即使您居住的县没有参加 Drug Medi-Cal Organized Delivery System，若您未满 21 岁，您仍然可以接受这些服务**。

什么是医疗必要性？

您接受的服务必须具有医疗必要性并且适合解决您的病情。对于 21 岁及以上的个人，如果合理且必要地保护您的生命、预防重大疾病或残疾，或减轻剧烈疼痛，则该服务在医疗上是必要的。对于 21 岁以下的受益人，如果服务纠正或帮助药物滥用或药物使用障碍，则该服务在医疗上是必要的。维持、支持、改善或使药物滥用或药物使用障碍变得更可容忍的服务被认为有助于缓解这种情况，因此被视为“早期和定期筛查、诊断和治疗”服务。



选择供货商

我如何找到我需要的药物使用障碍治疗服务的提供者？

所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 可能会对您选择的提供者施加一些限制。您可以向您所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 申请向您提供提供者的初步选择。您所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 还必须允许您更换提供者。如果您要求更换提供者，所在县必须尽可能和在适当范围内允许您选择一个提供者。

您的所在县需要在线发布当前提供者名录。如果您对当前提供者有疑问或想要最新的提供者名录，请访问 ACBH 网站 <https://acbh.my.site.com/ProviderDirectory/s/> 或拨打所在县的免费电话号码。当前提供者名录可在县网站上获得电子版，或您可以根据要求透过邮件获得纸质版。

有时，所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 合同提供者选择不再作为县提供者提供 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务，不再与所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 签订合同，或不再自行或应所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的要求接受 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 患者。发生这种情况时，所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须付出努力，在收到或发出终止通知后 15 天内，向每个从提供者处接受药物使用障碍治疗服务的人员发出《终止县合同提供者》的书面通知。

符合 Medi-Cal 资格且居住在已加入 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 县的美国印第安人和阿拉斯加原住民个人，也可以通过具有必要的药物 Medi-Cal 认证的印第安医疗保健提供者获得 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务。



我找到提供者后，所在县 **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 是否可以告诉提供者我获得了哪些服务？

您、您的提供者和所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 都参与决定您需要通过所在县获得哪些服务，方法是遵循 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务的准入标准。有时，县政府会将决定权交给您和提供者。其他时候，所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 可能会要求您的提供者在提供服务之前证明提供者认为您需要服务的原因。所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须使用合格的专业人员进行审查。

此审查过程称为计划授权过程。仅允许住家服务和住院服务（不包括戒断管理服务）获得服务事先授权。所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的授权流程必须遵循特定的时间表。对于标准授权，所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须在 14 个日历日内根据您的提供者的申请做出决定。

如果您或您的提供者提出要求，或者如果所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 认为从您的提供者处获得更多信息符合您的利益，则时间线最多可以再延长 14 个日历日。当所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 认为如果从您的提供者那里获得更多信息，可能会批准您的提供者的授权申请，但如果没有这些信息，就不得拒绝申请时，延期可能符合您的利益。如果所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 延长时间线，该县将向您发送一份关于延期的书面通知。

如果该县未在标准或加急授权申请所需的时限内做出决定，则所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须向您发送《不利权益裁定通知书》，告知您服务被拒绝并且您可以提出上诉或要求举行州公平听证会。

您可以向所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 询问有关其授权流程的更多信息。

如果您不同意所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 关于授权程序的决定，您可以向本县提出上诉或要求举行州公平听证会。有关详细信息，请参阅问题解决部分。



My Drug Medi-Cal Organized Delivery System County 使用哪些供货商?

如果您不熟悉所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System, 可以在 <https://acbh.my.site.com/ProviderDirectory/s/> 找到您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的完整提供者列表并包含有关提供者所在位置的信息、他们提供的药物使用障碍治疗服务以及其他可帮助您获得护理的信息, 包括有关提供者提供的文化和语言服务的信息。如果您对提供者有疑问, 请拨打阿拉米达县 24 小时免费帮助热线 1-844-682-7215。



您使用智能设备访问医疗记录和医疗服务提供者目录信息的权利

您所在的县必须创建并维护一个安全系统，以便您可以使用电脑、智能平板电脑或移动设备等常用技术访问您的健康记录并找到医疗服务提供者。该系统被称为患者访问应用编程接口 (API)。在选择应用程序以访问您的医疗记录和查找医疗服务提供者时需要考虑的信息可在您所在县的网站上找到。

ACBH 将在不久的将来推出 API 系统。请查看 ACBH 的公共网站公告页面 www.acbhcs.org，了解有关我们实施的公告以及访问 API 系统。



《不利权益裁定通知书》

如果所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 拒绝提供我想要或认为我需要的服务，我有什么权利？

如果您所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 拒绝、限制、减少、延迟或终止您想要或认为您应获得的服务，您有权从所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 获得书面通知（称为《不利权益裁定通知书》）。您还有权通过要求上诉不同意该决定。以下部分讨论了您获得通知的权利，以及如果您不同意您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的决定该怎么办。

什么是不利权益裁定？

不利权益裁定被定义为以下任何行为

由所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 采取：

1. 拒绝或限制所申请服务的授权，包括根据服务类型或水平、医疗必要性、适当性、环境或承保福利的有效性做出的决定；
2. 先前授权服务的减少、暂停或终止；
3. 全部或部分拒绝支付服务费用；
4. 未能及时提供服务；
5. 未能在标准解决申诉和上诉所需的时限内采取行动（如果您向 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 县提出申诉，Drug Medi-Cal 在 90 天内对您的申诉作出决定。如果您向所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提出上诉，而所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 未在 30 天内回复您并就您的上诉作出书面决定，或者如果您提出加急上诉，并且在 72 小时内未收到回复。）；或者
6. 拒绝受益人对财务责任提出异议的申请。

什么是《不利权益裁定通知书》？



《不利权益裁定通知书》是您所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 在做出拒绝、限制、减少、延迟或终止您和您的提供者认为您应获得的服务的决定时发送给您的一封书面信函。这包括拒绝支付服务费用、以声称服务不在承保范围内为由的拒绝、或拒绝为错误的交付系统提供服务，或拒绝对财务责任提出异议的申请。《不利权益裁定通知书》也用于告知您，您的申诉、上诉或加急上诉未能及时解决，或者您未能在所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提供服务的标准时间范围内获得服务。

通知的时间

所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须在终止、暂停或减少先前授权的所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务的行动日期前至少 10 天将通知邮寄给受益人。所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 还必须在决定拒绝付款或导致拒绝、延迟或修改全部或部分所申请的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务的决定后的两个工作日内将通知邮寄给受益人。

当我没有得到我想要的服务时，我是否总能收到《不利权益裁定通知书》？

是，您会收到《不利权益裁定通知书》。但是，如果您没有收到通知，您可以向所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提出上诉，或者如果您已完成上诉程序，您可以申请举行州公平听证会。当您联系您所在县时，这表明您经历了不利权益裁定但没有收到通知。本手册包含有关如何提出上诉或申请举行州公平听证会的信息。您的提供者办公室也应该提供信息。



《不利权益裁定通知书》会告诉我什么？

《不利权益裁定通知书》将告诉您：

- 您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 所做的事情影响了您和您获得服务的能力。
- 决定的生效日期和所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 做出决定的原因。
- 所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 在做出决定时遵循的是州或联邦规定。
- 如果您不同意该计划的内容，您的权利是什么。
- 如何获得与所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 决定有关的文件、记录和其他信息副本。
- 如何对所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提出上诉。
- 如何申请州公平听证会。
- 如何申请加急上诉或加急州公平听证会。
- 如何获得提出上诉或申请州公平听证会的帮助。
- 您必须在多长时间内提出上诉或申请举行州公平听证会。
- 您在等待上诉或州公平听证会决定期间继续接受服务的权利、如何申请继续接受这些服务，以及这些服务的费用是否由 Medi-Cal 支付。
- 如果您希望继续提供服务，您必须提交上诉或州公平听证会申请。

收到《不利权益裁定通知书》时我该怎么办？

当您收到《不利权益裁定通知书》时，您应该仔细阅读通知上的所有信息。如果您不理解该通知，您的所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 可以帮助您。您也可以请其他人帮助您。



当您提交上诉或申请州公平听证会时，您可以申请继续提供已中断的服务。您必须在不晚于《不利权益裁定通知书》邮寄或亲自交给您之日起 10 个日历日内，或在变更生效日期之前申请继续提供服务。



问题解决过程

如果我没有从所在县 **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 计划中获得我想要的服务怎么办？

您所在县 **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 有办法让您解决与您接受的药物使用障碍治疗服务相关的问题。这称为问题解决过程，它可能涉及以下过程。

1. 申诉程序——表达对与药物使用障碍治疗服务有关的任何事情的不满，不利权益裁定除外。
2. 上诉程序——审查所在县 **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 或您的提供者对您的药物使用障碍治疗服务做出的决定（拒绝、终止或减少服务）。
3. 州公平听证会程序——审查以确保您收到您根据 **Medi-Cal** 计划有权获得的药物使用障碍治疗服务。

提出申诉或上诉，或申请州公平听证会不会对您不利，也不会影响您正在接受的服务。当您的申诉或上诉完成后，您所在县 **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 将通知您和提供者和家长/监护人最终结果。当您的州公平听证会结束时，州公平听证会办公室将通知您和最终结果的提供者。

请参阅下方以了解有关每个问题解决过程的更多信息。

我可以获得帮助来提出上诉、申诉或州公平听证会吗？

您所在县 **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 将安排人员向您解释这些流程，并帮助您以申诉、上诉或州公平听证会申请的形式报告问题。他们还可以帮助您决定您是否符合所谓的“加急”程序的资格，这意味着这将更快地进行审查，因为您的健康或稳定状态处于危险之中。您也可以授权其他人代表您行事，包括您的药物使用障碍治疗提供者或倡权人。如果您需要帮助，请致电 1-844-682-7215。您所在县 **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 必须在填写表格和其他与申诉或上诉相关的程序步骤方面为您提供任何合理的协助。这包括但不限于提供传译服务和具有 TTY/TDD 和传译能力的免费电话号码。



如果我需要帮助解决我所在县的 **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 计划的问题, 但我不想提出申诉或上诉怎么办?

如果您在县里找不到合适的人来帮助您在系统内行事, 您可以从本州岛获得帮助。

您可以在周一至周五上午 8 点至下午 5 点 (节假日除外) 致电 **888-452-8609** 或发送电子邮件至 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov 联系卫生保健服务部监察员办公室。

请注意: 电子邮件消息不被视为机密。您不应在电子邮件中包含个人信息。

您可以在当地的法律援助办公室或其他团体获得免费法律帮助。您可以向公共咨询和响应部门询问您的听证会权利或免费法律援助:

免费电话: 1-800-952-5253

如果您失聪并使用 TDD, 请致电: **1-800-952-8349**



申诉程序

什么是申诉？

申诉是表达对您的药物使用障碍治疗服务的任何不满，这些服务不属于上诉和州听证程序所涵盖的问题之一。

申诉程序将：

- 涉及简单易懂的程序，让您可以口头或书面表达您的不满。
- 不以任何方式对您或您的提供者不利。
- 允许您授权他人代表您行事，包括提供者或倡权人。如果您授权另一个人代表您行事，所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 可能会要求您签署一份表格，授权所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 向该人发布信息。
- 确保做出决定的个人有资格这样做，并且不参与任何先前级别的审查或决策。
- 确定您、您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 和您的提供者的角色和责任。
- 在要求的时限内提供申诉解决方案。

我什么时候可以提出申诉？

如果您对从所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 获得的药物使用障碍治疗服务不满意，或者对 Drug Medi-Cal 有其他顾虑，您可以随时向所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提出申诉。

我如何提出申诉？

您可以拨打您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 以获得申诉帮助。申诉可以口头或书面形式提出。口头申诉不必以书面形式跟进。



如果您需要以书面形式提出申诉，所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 将在所有提供者的站点提供回邮信封，供您邮寄申诉。如果您没有回邮信封，可以直接将申诉邮寄到本手册正面提供的地址。

我如何知道所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 是否收到了我的申诉？

您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须在收到后 5 个日历日内向您发送书面确认，告知您已收到您的申诉。透过电话或当面收到的申诉，如果您同意在下个工作日结束时解决，则可以豁免，并且您可能不会收到信函。

我的申诉何时会得到裁决？

所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须在您提出申诉之日起 90 个日历日内就您的申诉做出决定。如果您申请延期，或者如果所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 认为需要更多信息并且延迟对您有利，则时间范围最多可延长 14 个日历日。延迟对您可能有利的一个例子是，如果所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 获得更多时间从您或相关人士处获取信息，则县认为其可能会解决您的申诉。

我如何知道所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 是否已就我的申诉做出决定？

当就您的申诉作出决定后，所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 将以书面形式通知您或您的代表该裁定。如果您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 未能及时将申诉决定通知您或任何受影响方，则所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 需要向您提供《不利权益裁定通知书》，告知您您有权利申请州公平听证会。您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须在时限截止之日向您提供《不利权益裁定通知书》。



提出申诉有截止日期吗？

您可以随时提出申诉。



上诉程序（标准和加急）

您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 负责帮助您质询所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 或您的提供者对您的药物使用障碍治疗服务做出的您不同意的决定。您可以通过两种方式申请审核。一种方法是使用标准上诉流程。第二种方法是使用加急上诉程序。这两种类型的上诉是相似的；但是，加急上诉需要符合具体要求。具体要求解释如下。

什么是标准上诉？

标准上诉是申请审查您对所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 或您的提供者的问题，该问题涉及拒绝或更改您认为您需要的服务。如果您申请标准上诉，所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 可能需要最多 30 个日历日来进行审核。如果您认为等待 30 个日历日会给您的健康带来风险，您可要求“加急上诉”。

标准上诉程序将：

- 允许您线下、通过电话或书面提出上诉。
- 确保提出上诉不会以任何方式对您或您的提供者不利。
- 允许您授权他人代表您行事，包括提供者或倡权人。如果您授权他人代表您行事，所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 可能会要求您签署一份表格，授权该计划向该人发布信息。
- 在要求的时间范围内根据上诉申请继续提供您的权益，该期限是从您的《不利权益裁定通知书》邮寄或亲自交给您之日起 10 个日历日。在上诉未决期间，您不必为继续服务付费。如果您确实要求继续享受福利，并且上诉的最终决定已确认减少或终止您正在接受的服务的决定，您可能需要支付在上诉待决期间提供的服务的费用。
- 确保做出决定的个人有资格这样做，并且不参与任何先前级别的审查或决策。
- 允许您或您的代表在上诉程序之前和期间审查您的案件档案，包括您的医疗记录，以及在上诉程序期间考虑的任何其他文件或记录。



- 让您有合理的机会亲自或以书面形式出示证据和对事实或法律的指控。
- 允许您、您的代表或已故受益人遗产的法定代表作为上诉方被包括在内。
- 向您发送书面确认，让您知道您的上诉正在接受审查。
- 告知您在完成上诉程序后，您有权要求举行州公平听证会。

我什么时候可以提出上诉？

您可以向您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提出上诉：

- 如果您所在县或县签约提供者之一决定您没有资格接受任何 Medi-Cal 药物使用障碍治疗服务，因为您不符合医疗必要性标准。
- 如果您的提供者认为您需要药物使用障碍治疗服务并申请县批准，但县不同意并拒绝您的提供者的申请，或更改服务类型或频率。
- 如果您的提供者已申请所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 批准，但该县需要更多信息才能做出决定并且没有按时完成批准流程。
- 如果您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 未根据所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 制定的时间表向您提供服务。
- 如果您认为所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提供的服务不足以满足您的需求。
- 如果您的申诉、上诉或加急上诉没有得到及时解决。
- 如果您和您的提供者不同意您需要的药物使用障碍服务。

我如何提出上诉？

您可以拨打您所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的免费电话号码，以获得提出上诉的帮助。该县将在所有提供者站点提供回邮信封，供您邮寄上诉书。上诉书可以口头或书面形式提出。如果您没有回邮信封，可以直接将申诉邮寄到本手册正面的地址，也可以透过电子邮件 QAOffice@acgov.org 或传真 510-639-1346 提交申诉。



我如何知道我的上诉是否已作出裁定？

您所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 计划将以书面形式通知您或您的代表，关于其对您的上诉所作出的决定。该通知将包含以下信息：

- 上诉决议过程的结果。
- 作出上诉决定的日期。
- 如果上诉没有得到完全有利于您的解决方案，该通知还将包含有关您参加州公平听证会的权利和提交州公平听证会程序的信息。

提出上诉是否有截止日期？

您必须在《不利权益裁定通知书》之日起 60 个日历日内提出上诉。请记住，您并非总能收到《不利权益裁定通知书》。如果您没有收到《不利权益裁定通知书》，则提出上诉的日期没有期限；所以您可以随时提出此类上诉。

什么时候会对我的上诉作出裁决？

所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须在所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 收到您的上诉申请后 30 个日历日内对您的上诉作出裁决。如果您申请延期，或者如果所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 认为需要更多信息并且延迟对您有利，则时间范围最多可延长 14 个日历日。延迟对您有利的一个例子是，如果所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 获得更多时间从您或您的提供者处获取信息，则县认为其可能会批准您的上诉。

如果我的上诉决定不能等待 30 天怎么办？

如果符合加急上诉程序的条件，上诉程序可能会更快。



什么是加急上诉?

加急上诉是决定上诉的更快方法。加急上诉流程遵循与标准上诉流程类似的流程。然而,您必须证明,等待标准上诉可能会使您的药物使用病症恶化。加急上诉程序的截止日期也与标准上诉不同。所在县 Medi-Cal Medi-Cal Organized Delivery System 可在 72 小时内审查加急上诉。您可以口头申请加急上诉。您不必以书面形式提出加急上诉申请。

我什么时候可以提出加急上诉?

如果您认为等待标准上诉决定长达 30 个日历日会危及您的生命、健康或获得、维持或恢复最大机能的能力,您可以要求加快决议上诉。如果所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 同意您的上诉符合加急上诉的要求,您所在县将在 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 收到上诉后 72 小时内解决您的加急上诉。

如果您申请延期,或如果所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 表明需要更多信息并且延迟符合您的利益,则时间范围最多可延长 14 个日历日。如果您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 延长了时间范围,所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 将为您提供一份书面解释,说明延长时间范围的原因。

如果所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 决定您的上诉不符合加急上诉的条件,则所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须尽合理努力及时口头通知您,并将在 2 个日历日内以书面形式通知您几天给你决定的理由。然后,您的上诉将遵循本节前面概述的标准上诉时限。如果您不同意县政府关于您的上诉不符合加急上诉标准的决定,您可以提出申诉。

一旦您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 解决了您的加急上诉,所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 将以口头和书面形式通知您和所有受影响的各方。



州听证程序

什么是州公平听证会？

州公平听证会是由加州社会服务部进行的一项独立审查，旨在确保您获得根据 Medi-Cal 计划有权获得的药物使用障碍治疗服务。您也可以访问加州社会服务部 <https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests> 以获取更多资源。

我的州公平听证会权利是什么？

您有权：

- 在加州社会服务部举行听证会（也称为州公平听证会）。
- 了解如何申请州公平听证会。
- 被告知有关州公平听证会代表的规则。
- 如果您在规定的时间内要求举行州公平听证会，您的福利将根据您在州公平听证会过程中的申请继续发放。

我什么时候可以申请州公平听证会？

若符合以下资格，您可以申请州公平听证会：

- 如果您已完成所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的上诉程序。
- 如果您所在县或县签约提供者之一决定您没有资格接受任何 Medi-Cal 药物使用障碍治疗服务，因为您不符合准入标准。
- 如果您的提供者认为您需要药物使用障碍治疗服务并申请所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 批准，但所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 不同意并拒绝您的提供者的申请，或更改类型或服务频率。



- 如果您的提供者已申请所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 批准，但该县需要更多信息才能做出决定并且没有按时完成批准流程。
- 如果您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 未根据该县设定的时间表向您提供服务。
- 如果您认为所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提供的服务不足以满足您的需求。
- 如果您的申诉、上诉或加急上诉没有得到及时解决。
- 如果您和您的提供者不同意您需要的药物使用障碍治疗服务。
- 如果您的申诉、上诉或加急上诉没有得到及时解决。

我如何申请州公平听证会？

您可以申请州公平听证会：

- 在线网址： <https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- 书面：按照《不利权益裁定通知书》上显示的地址，或通过传真或邮寄至：

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

或传真至 **916-651-5210** 或 **916-651-2789**。

您还可以申请州公平听证会或加急州公平听证会：

- 通过电话：致电州公平听证会部门，免费电话 **800-743-8525** 或 **855-795-0634**，或拨打公共咨询和响应热线，免费电话 **800-952-5253** 或 TDD 电话 **800-952-8349**。



提交州公平听证会是否有截止日期？

您只有 120 个日历日可以申请州公平听证会。120 天从所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 发出书面上诉决定通知之日起计算。

如果您没有收到《不利权益裁定通知书》，您可以随时申请州公平听证会。

我可以在等待州公平听证会裁定期间继续服务吗？

可以，如果您目前正在接受治疗并且您希望在上诉期间继续接受治疗，您必须在上诉决定通知的邮戳日期或送达给您之日起 10 天内，或在您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 表示将停止或减少服务之日之前，要求举行州公平听证会。当您要求举行州公平听证会时，您必须说明您希望继续接受治疗。此外，在州公平听证会未决期间，您无需为接受的服务付费。

如果您确实要求继续享受福利，并且州公平听证会的最终决定已确认减少或终止您正在接受的服务的决定，您可能需要支付在州公平听证会待决期间提供的服务的费用。

什么时候会就我的州公平听证会决定做出裁定？

在您申请州公平听证会后，最多可能需要 90 天的时间来裁定您的案件并向您发送答复。



我可以更快地获得州公平听证会吗？

如果您认为等待过久会对您的健康有害，您可能可以在三个工作日内得到答复。请您的医生或其他提供者为您写一封信。你也可以自己写一封信。这封信必须详细解释等待长达 90 天的时间来决定您的案件将如何严重损害您的生命、您的健康或您获得、维持或恢复最大机能的能力。然后，确保您要求“加急听证会”并提供包含您的听证会申请的信函。

社会服务部州公平听证会部门将审查您的加急州公平听证会申请，并决定其是否符合条件。如果您的加急听证会申请获得批准，将举行听证会，并在州公平听证会部门收到您的申请之日起 3 个工作日内发布听证会决定。



有关 MEDI-CAL 计划的重要信息

谁可以获得 Medi-Cal?

如果您属于以下群体之一，您可能有资格获得 Medi-Cal：

- 65 岁或以上
- 21 岁以下
- 根据收入资格，年龄在 21 至 65 岁之间的成年人
- 盲人或残疾人
- 孕妇
- 某些难民，或古巴/海地移民
- 在疗养院接受照护
- 26 岁以下或 50 岁以上的个人，无论移民身份如何

您必须居住在加州才有资格享受 Medi-Cal。致电或访问您当地的县社会服务办公室索取 Medi-Cal 申请，或在互联网上获取一份 <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ApplyforMedi-Cal.aspx>。

会提供交通工具吗？

如果您无法前往医疗预约或药物和酒精治疗预约，Medi-Cal 计划可以帮助您找到交通工具。

如果 Medi-Cal 受益人无法自行提供交通服务，并且在接受某些 Medi-Cal 承保服务时有医疗必要性，则可以为其提供交通服务。前往约诊有两种交通方式：



- 非医疗交通是指用私人或公共车辆为没有其他方式前往约诊的人提供的交通服务。
- 非紧急医疗运送是指使用救护车、轮椅车或垃圾车运送那些无法使用公共或私人交通工具的人。

如果要去药房或领取所需的医疗用品、假肢、矫形器和其他设备，也可提供交通服务。有关交通的更多信息和帮助，请联络您的管理式护理计划。

如果您有 Medi-Cal 但没有加入管理式医疗计划并且您需要非医疗交通以前往健康相关的服务，您可以联络您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 寻求帮助。当您联络接送公司时，他们会询问有关您预约日期和时间的信息。如果您需要非紧急医疗运输，您的提供者可以开出非紧急医疗接送的处方，并让您与接送提供者联络，以协调您往返预约的行程。

什么是紧急服务？

全天候提供紧急服务。如果您认为自己遇到与健康相关的紧急情况，请拨打 911 或前往最近的急诊室寻求帮助。

紧急服务是为意外医疗状况提供的服务，包括精神科紧急医疗状况。

当您出现导致剧烈疼痛或严重疾病或受伤的症状时，就出现了紧急医疗状况，而审慎的外行人员（小心或谨慎的非医疗人员）认为如果没有医疗护理可以合理预期可能出现以下情况：

- 使您的健康处于严重危险之中，或者
- 如果您有身孕，会使您的健康或您未出生的孩子的健康处于严重危险之中，或者
- 对您的身体机能造成严重伤害，或
- 对任何身体器官或部位造成严重损害。

在紧急情况下，您有权使用任何医院。紧急服务从不需要授权。

我必须支付 Medi-Cal 费用吗？



根据您每月获得或赚取的金額，您可能需要支付 Medi-Cal。

- 如果您的收入低于您家庭人数的 Medi-Cal 限額，您将无需支付 Medi-Cal 服务费。
- 如果您的收入超过您家庭人数的 Medi-Cal 限額，您将需要为您的医疗或药物滥用障碍治疗服务支付一些费用。您支付的金額称为您的“分摊费用”。一旦您支付了“分摊费用”，Medi-Cal 将支付您当月承保的剩余医疗费用。在没有医药费用的月份，您无需支付任何费用。
- 您可能需要为 Medi-Cal 下的任何治疗支付“共付額”。

您的提供者会告诉您是否需要支付共付額。

如果我有自杀念头，我该联络谁？

如果您或您认识的人处于危机之中，请拨打全国预防自杀生命线 **988** 或 **1-800-273-TALK (8255)**。您可透过 <https://988lifeline.org/> 进行聊天。

对于需要在危机中寻求帮助和获得当地心理健康计划的当地居民，请致电 1-800-273-8255 联络阿拉米达县的危机支援服务。

我可以去哪里获取更多有关 Medi-Cal 的信息？

请访问卫生保健服务部网站 <https://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/eligibility/Pages/Beneficiaries.aspx> 了解有关 Medi-Cal 的更多信息。

若要在线申请 Medi-Cal，请访问 [MyBenefitsCalWIN](#)。

若要亲自申请 Medi-Cal，请访问您当地的社会服务机构：

- 北奥克兰自给自足中心 (North Oakland Self Sufficiency Center)
2000 San Pablo Ave
Oakland CA 94612



- **伊斯特蒙特自给自足中心 (Eastmont Self-Sufficiency Center)**
6955 Foothill Blvd Suite 100
Oakland, CA 94605
- **企业自给自足中心 (Enterprise Self Sufficiency Center)**
8477 Enterprise Way
Oakland CA 94621
- **伊甸区综合服务中心 (Eden Area Multi-Service Center)**
24100 Amador St
Hayward CA 94544
- **弗里蒙特分站 (Fremont Outstation)**
39155 Liberty St Ste C330
Fremont CA 94536
- **利弗莫尔分站 (Livermore Outstation)**
2481 Constitution Drive, Suite B
Livermore CA 94551

要通过电话申请 Medi-Cal, 请致电 (510) 272-3663 联系阿拉米达县社会服务机构。



预先指示

什么是预先指示？

您有权获得预先指示。预先指示是加州法律认可的关于您的医疗保健的书面指示。它包括说明您希望的医疗保健提供的方式或您希望在自己无法表达意见的情况下做出哪些决定的信息。您有时可能会听到将“预先指示”描述为生前遗嘱或持久授权书。

加州法律将预先指示定义为口头或书面的个人医疗保健指示或授权书（允许某人为您做决定的书面文件）。所有所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 都必须制定预先指示政策。如果被要求提供信息，您的所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必须提供有关所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的预先指示政策的书面信息和州法律的解释。如果您想索取信息，您应该致电您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 以获取更多信息。

预先指示旨在让人们能够控制自己的治疗，尤其是当他们无法提供有关自己护理的指示时。这属于法律文件，允许人们在无法做出医疗保健决定时提前说出他们的意愿。这可能包括诸如接受或拒绝医疗、手术或做出其他医疗保健选择的权利。在加州，预先指示由两部分组成：

- 您指定的代理人（个人）对您的医疗保健做出决定；和
- 您的个人医疗保健说明

您可以从您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 或网上获得一份预先指示表。在加州，您有权向您的所有医疗保健提供者提供预先指示。您还有权随时更改或取消您的预先指示。



如果您对加州有关预先指示要求的法律有疑问，您可以致函：

加州司法部
收件人：公众咨询组，
P. O. Box 944255
Sacramento, CA 94244-2550



受益人的权利和责任

作为 **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 服务的接受者，我有哪些权利？

作为有资格享受 Medi-Cal 并居住在所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的人，您有权从所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 获得医疗上必要的药物滥用障碍治疗服务。您有权：

- 受到尊重，适当考虑您的隐私权和对您的医疗信息保密的需要。
- 接收有关可用治疗方案和替代方案的信息，这些信息以适合受益人状况和理解能力的方式呈现。
- 参与有关您的药物使用障碍护理的决定，包括拒绝治疗的权利。
- 及时获得护理，包括全天候提供的服务，当医疗上有必要治疗紧急情况或突发或危机情况时。
- 接收本手册中有关所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 承保的药物使用障碍治疗服务、所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的其他义务以及此处所述您的权利的信息。
- 保护您的机密健康信息。
- 索取并收到您的病历副本，并要求根据需要对其进行修改或更正。
- 应要求及时获得替代格式的书面数据（包括盲文、大字体印刷物和音频格式），并适合所申请的格式。
- 收到至少 5% 或 3,000 名所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 受益人使用的语言的书面材料，以较少者为准。
- 获得您首选语言的传译服务。
- 从所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 获得药物使用障碍治疗服务，该县在服务可用性、充足能力和服务的保证、护理的协调和连续性以及服务的承保范围和授权等方面遵循其与州政府签订的契约要求。
- 如果您是未满 21 岁的受益人，请参阅未成年人同意服务。



- 如果所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 没有可以提供服务的员工或合同提供者，请及时获得网络外的医疗必要服务。“网络外提供者”是指不在所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的提供者名单上的提供者。县政府必须确保您不会因为参与网络外提供者的服务而支付任何额外费用。您可以通过 [County to Insert 免费电话号码] 联系受益人服务，了解有关如何从网络外提供者处获得服务的信息。
- 向县网络内或网络外的合格医疗保健专业人员索取第二意见，您无需支付额外费用。
- 以口头或书面形式对组织或受到的照护提出申诉。
- 在收到《不利权益裁定通知书》后，以口头或书面形式申请上诉，包括有关可以加快上诉的情况的信息。
- 申请州 Medi-Cal 公平听证会，包括有关可以加快州公平听证会的情况的信息。
- 不受任何形式的限制或隔离，这些限制或隔离被作为胁迫、处分、便利或报复的手段。
- 在行使这些权利时不受歧视，不会对您所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System、提供者或州的待遇产生不利影响。

作为 **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 服务的接受者，我有哪些责任？

作为 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务的接受者，您有责任：

- 仔细阅读您从所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 收到的受益人通知材料。这些材料将帮助您了解可以使用哪些服务以及在需要时如何获得治疗。
- 如期参加您的治疗。如果您在整个治疗过程中与您的提供者合作，您将获得最佳结果。如果您确实不能出席预约，请至少提前 24 小时致电您的提供者并重新安排日期和时间。
- 参加治疗时，请始终携带您的 Medi-Cal 福利识别卡 (BIC) 和带照片的身份证件。



- 在预约之前让您的提供者知道您是否需要传译员。
- 告诉您的提供者您所有的医疗问题。您分享的关于您的需求的信息越完整，您的治疗就越成功。
- 如有任何问题，请务必询问您的提供者。充分理解您在治疗期间收到的信息非常重要。
- 愿意与与治疗您的提供者建立牢固的工作关系。
- 如果您对您的服务有任何疑问，或者如果您与您的提供者有任何您无法解决的问题，请联系所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System。
- 如果您的个人信息有任何更改，请告诉您的提供者和所在县的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System。这包括地址、电话号码和任何其他可能影响您参与治疗能力的医疗信息。
- 尊重和礼貌地对待为您提供治疗的员工。
- 如果您怀疑存在欺诈或不当行为，请举报：
 - 卫生保健服务部要求任何怀疑 Medi-Cal 欺诈、浪费或滥用的人拨打 DHCS Medi-Cal 欺诈热线 **1-800-822-6222**。如果您觉得这是紧急情况，请拨打 **911** 寻求实时帮助。通话是免费的，来电者可以保持匿名。
 - 您还可以通过电子邮件向 fraud@dhcs.ca.gov 或使用 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx> 上的在线表格报告涉嫌欺诈或滥用行为。
 - 有关 ACBH 举报程序的信息，请访问 <https://www.acbhcs.org/plan-administration/whistleblower/> 或
 - 致电：1-844-729-7055；
 - 写检举人报告表
 - 如需了解更多信息，您可以查看举报政策和举报海报。
 - 传真：(510) 639-1346
 - 电子邮件： ProgIntegrity@acgov.org
 - 邮寄：2000 Embarcadero, Suite 400, Oakland, CA 94606 Attn: QA Office



照护过渡申请

我什么时候可以申请保留我以前和现在的网络外提供者？

- 加入所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 后，如果出现以下情况，您可以要求保留您的网络外提供者一段时间：
 - 转向新的提供者会严重损害您的健康，或者会增加您住院或收容的风险；和
 - 在您过渡到所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 之前，您正在接受网络外提供者的治疗。

我如何申请保留我的网络外提供者？

- 您、您的授权代表或您当前的提供者可以向所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提交书面申请。您还可以联系受益人服务 1-844-682-7215，了解有关如何向网络外提供者申请服务的信息。
- 所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 将发送书面确认收到您的申请，并在三 (3) 个工作日内开始处理您的申请。

如果我在过渡到 **Drug Medi-Cal Organized Delivery System County** 后继续获得我网络外提供者的服务怎么办？

- 您可以在从网络外提供者处获得服务后的三十 (30) 个日历日内申请追溯性照护过渡申请。



为什么所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 会拒绝我的照护过渡申请？

如果出现以下情况，所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 可能会拒绝您保留您以前的但现在不在网络内的提供者的申请：所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 已记录与提供者有关的护理质量问题。

如果我的照护过渡申请被拒绝会怎样？

如果所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 拒绝您的照护过渡，其将：

- 以书面形式通知您；
- 为您提供至少一个网络内替代提供者，该提供者提供与网络外提供者相同水平的服务；和
- 如果您对拒绝表示不同意，告知您有权提出申诉。

如果所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 为您提供多个网络内提供者替代方案而您没有做出选择，则所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 会将您转诊或分配给网络内提供者并通知您该转诊或分配的书面形式。

如果我的照护过渡申请获得批准会怎样？

- 在批准您的照护过渡申请后七 (7) 天内，所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 将为您提供：
- 申请批准；
- 照护过渡安排的持续时间；
- 在连续照护期结束时将发生的过渡照护的过程；和
- 您有权随时从所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的提供者网络中选择不同的提供者。



我的照护过渡申请将多快得到处理？

- 自所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 收到您的申请之日起三十 (30) 个日历日内，所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 将完成对您的照护过渡申请的审查。

在我的照护过渡期结束时会发生什么？

- 所在县 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 将在过渡期结束前 30 个日历日以书面形式通知您有关过渡期结束时将发生的过程，以将您的照护过渡至网络内提供者。



非歧视通知

歧视是违反法律的行为。阿拉米达县行为健康 (ACBH) 遵循州和联邦民权法。ACBH 不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、民族认同、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别而非法歧视、排斥或区别对待他们、性别认同或性取向。

ACBH 提供：

- 为残障人士提供免费帮助和服务，帮助他们更好地沟通，例如：
 - 合格的手语翻译
 - 其他格式的书面信息（大字体、盲文、音频或可访问的电子格式）
 - 为主要语言不是英语的人提供免费语言服务，例如：
 - 合格的传译员
 - 用其他语言编写的信息

如果您需要这些服务，请拨打 1-800-491-9099 联系阿拉米达县全天候 ACCESS 热线。或者，如果您听不见或说不清，请致电 (TTY: 711)。根据要求，本文件可以盲文、大字体、音频或可访问的电子格式提供给您。

如何提出申诉

如果您认为 ACBH 未能提供这些服务或以其他方式基于性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、族裔群体识别、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向进行非法歧视，您可以向阿拉米达县行为健康消费者援助提出申诉。您可以通过电话、书面或线下提出申诉：

- 通过电话：周一至周五上午 9 点至下午 5 点之间致电 1-800-779-0787 联系消费者援助。或者，如果您听不见或说不清，请致电 TTY: 711。

- 书面：填写申诉表或写信寄至：
消费者援助办公室
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606
- 亲临现场：访问您的提供者办公室或心理健康协会，地址为 954 60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608, 并说您想提出申诉。
- 申诉表格可在线获取，请访问：<https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>。

民权办公室—加州医疗保健服务部

您还可以通过电话、书面或电子方式向加州医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- 通过电话：致电 **916-440-7370**。如果您说不清或听不见，请拨打 **711**（加利福尼亚州中继服务）。
- 书面：填写投诉表或写信至：
医疗保健服务部民权办公室
P.O.Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413
- 投诉表格可在以下网址找到：<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>
- 电子方式：发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

民权办公室—美国卫生与公众服务部

如果您认为自己因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而受到歧视，您也可以向美国卫生与公众服务部民权办公室提出民权投诉，通过电话、书面或电子方式：

- 通过电话：致电 **1-800-368-1019**。如果您说不清或听不见，请致电 **TTY/TDD 1-800-537-7697**

- 书面：填写投诉表或写信至：

U.S.Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C.20201

- 投诉表格可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>获取。
- 电子方式：访问民权办公室投诉门户网站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

语言标语

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-491-9099 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-491-9099 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-491-9099 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-491-9099 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-491-9099 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-800-491-9099 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទសំខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ព ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-491-9099 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-491-9099 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-491-9099 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-491-9099 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-491-9099 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-491-9099 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-491-9099 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

1-800-491-9099 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-491-9099 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다.

1-800-491-9099 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ

ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕໂພມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-491-9099 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-491-9099 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-491-9099 (TTY: 711). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-491-9099 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-491-9099 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-491-9099 (TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-491-9099 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-491-9099 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-491-9099 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-491-9099 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyo ito.

เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-491-9099 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-491-9099 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-491-9099 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-491-9099 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-491-9099 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-491-9099 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.