



Drug Medi-Cal Organized Delivery System

(Drug Medi-Cal 組織式交付系統)

受益人手冊

2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

修訂日期：2023 年 12 月 1 日

生效日期：2024 年 1 月 1 日

¹ 該手冊必須在受益人首次獲得服務時提供。

目錄

其他語言和格式.....	2
一般資訊.....	3
隱私慣例通知	9
服務.....	19
如何獲得 DRUG MEDI-CAL ORGANIZED DELIVERY SYSTEM 服務	29
如何獲得心理健康服務.....	34
准入標準和醫療必要性	35
選擇供應商	37
您使用智能設備訪問醫療記錄和醫療服務提供者目錄資訊的權利	40
《不利權益裁定通知書》	41
問題解決過程	45
申訴程序.....	47
上訴程序（標準和加急）	50
州公平聽證程序.....	56
有關 MEDI-CAL 計劃的重要資訊.....	61
預先指示.....	65
受益人的權利和責任.....	67
照護過渡申請	71
非歧視通知	74
語言標語.....	77



其他語言和格式

其他語言

您可以免費獲得其他語言版本的受益人手冊（簡稱：手冊）和其他資料。致電阿拉米達縣行為健康訪問熱線 1-800-491-9099 (TTY:711)。可免費致電。閱讀本《受益人手冊》，了解有關醫療保健語言協助服務（如傳譯和筆譯服務）的更多資訊。

Este folleto está disponible en Español

Tập sách này có bản tiếng Việt

이 책자는 한국어로 제공됩니다.

這本手冊有中文版

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

您可以獲得其他格式的資訊，例如盲文、20 號字體大字體、音頻，以及取得電子格式，您無需支付任何費用。致電阿拉米達縣行為健康訪問熱線 1-800-491-9099 (TTY:711)。可免費致電。

傳譯服務

阿拉米達縣免費提供由合格傳譯員提供的全天候傳譯服務。您不必請家庭成員或朋友作為傳譯員。我們不鼓勵使用未成年人擔任傳譯員，除非情況緊急。全天候提供傳譯、語言和文化服務。如要獲得語言幫助或取得其他語言的手冊，請致電阿拉米達縣行為健康訪問熱線 1-800-491-9099 (TTY：711)。可免費致電。



一般資訊

歡迎加入阿拉米達縣行為健康關懷計劃

重要電話號碼	
緊急情況 阿拉米達縣藥物使用障礙服務的行為健康熱線 阿拉米達縣行為健康關懷服務 ACCESS 心理健康計劃	911 (844) 682-7215 (510) 346-1000 或 (800) 491-9099
TTY 緊急情況/預防自殺生命線 消費者援助辦公室 患者權利倡權人	711 988 (800) 779-0787 (510) 835-2505

本手冊中的術語：

ACBH	阿拉米達縣行為健康 (Alameda County Behavioral Health)
BHP	行為健康計劃 (Behavioral Health Plan)——ACBH 針對特殊心理健康和藥物使用障礙的綜合服務在縣計劃和診所、簽約社區組織、醫院和多方面提供者網絡內開展。
DMC-ODS	Drug Medi-Cal Organized Delivery System (Drug Medi-Cal 組織式交付系統)



SMHS	專業心理健康服務 (Specialty Mental Health Services)
SSA	社會服務局 (阿拉米達縣)
SUD	藥物使用障礙



ACBH 歡迎您來到阿拉米達縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System。在接受該系統下的服務時，您可以獲得包括門診治療、住院治療、復健服務和許多其他服務方式的服務。

為什麼閱讀本手冊很重要？

了解所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 計劃的運作方式，這樣您才能獲得所需的護理，這一點至關重要。本手冊解釋了您的福利以及如何獲得護理。本手冊還將回答您的許多問題。

你將學習：

- 如何透過阿拉米達縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 計劃接受藥物使用障礙治療服務
- 您可以獲得哪些益處。
- 如果您有疑問或問題該怎麼辦。
- 您作為您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的受益人的權利和責任

如果您現在不閱讀本手冊，則應保留本手冊以便日後閱讀。使用本手冊作為您在加入當前 Medi-Cal 福利時收到的《受益人手冊》的補充。您的 Medi-Cal 福利可以與 Medi-Cal 管理式醫療計劃或常規 Medi-Cal「按服務收費」計劃一起使用。

作為您的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 所在縣計劃的受益人，阿拉米達縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 負責：

- 確定您是否符合從所在縣或其提供者網絡獲取所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務的標準。



- 根據需要將您的護理與其他計劃或交付系統進行協調，以幫助護理過渡並指導受益人進行轉診，確保轉診循環完善無紕漏，並且新提供者接受受益人的護理。
- 提供全天候接聽的免費電話號碼，告訴您如何從所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 獲得服務。您也可以撥打 1-844-682-7215 聯絡所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System，申請提供非營業時間的照護。
- 在您附近擁有足夠多的提供者，以確保您在需要時能夠獲得 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 所在縣所承保的藥物使用障礙治療服務。
- 通知和教導您有關所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 中提供的服務。
- 以您的語言或傳譯員（如有必要）免費為您提供服務，並讓您知道可以使用這些傳譯員服務。
- 以其他語言或格式向您提供有關可用內容的書面資訊。ACBH 可以提供西班牙語、簡體中文、繁體中文、波斯語、阿拉伯語、他加祿語、韓語和越南語以及大字體、盲文和音頻格式的書面資訊。
- 在變更的預期生效日期前至少 30 天向您提供本手冊中指定資訊的任何重大變更通知。當可用服務的數量或類型增加或減少，或者網絡提供者的數量增加或減少，或者如果有任何其他變化會影響您透過所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 所獲得的福利。
- 如果更換提供者會導致您的健康受損或增加住院風險，確保您在一段時間內繼續使用您之前和當前的網絡外提供者。

撥打幫助熱線 1-844-682-7215，了解有關阿拉米達縣藥物濫用治療計劃和服務的資訊。

為需要不同語言材料的受益人提供的資訊

如果您想要本手冊或其他非英語語言的書面材料，請撥打阿拉米達縣 24 小時免費幫助熱線 1-844-682-7215。



此資訊以下列語言提供：

- **Spanish:**
Este folleto está disponible en Español
- **Vietnamese:**
Tập sách này có bằng tiếng Việt
- **Korean:**
이 책자는 한국어로 제공됩니다.
- **Chinese (Traditional):**
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.
- **Arabic**
 - يتوفر هذا الدليل باللغة العربية.

為閱讀困難的受益人提供的資訊

若您需要幫助以閱讀阿拉米達縣行為健康計劃 (BHP) 材料，請撥打阿拉米達縣 24 小時免費幫助熱線 1-844-682-7215。

為有聽力障礙的受益人提供的資訊

請在加利福尼亞中繼服務的協助下撥打 711 聯絡阿拉米達縣行為健康計劃 (BHP)。

為有視力障礙的受益人提供的資訊



請撥打阿拉米達縣 24 小時免費幫助熱線 1-844-682-7215 以獲取適用於視障受益人的資源。



隱私慣例通知

如果您對本通知有任何疑問，請聯絡您的醫療保健服務提供者或適當的阿拉米達縣醫療保健服務局下設部門：

- 行政管理和貧困人士衛生部，電話：(510) 618-3452
- 行為健康護理服務系統，消費者援助辦公室，電話：(800) 779-0787
- 公共衛生部，部長辦公室，電話：(510) 267-8000
- 環境衛生部，電話：(510) 567-6700

本通知的目的

本通知介紹了阿拉米達縣醫療保健服務局 (ACHCSA)、其下設部門和計劃以及參與為您提供醫療保健服務的個人的隱私慣例。這些個人是經阿拉米達縣政府授權可出於向您提供服務或遵守州和聯邦法律之目的獲取您的健康資訊的醫療保健專業人員和其他個人。

醫療保健專業人員和其他個人包括：

- 身體健康護理專業人員（如醫生、護士、技術員、醫學生）
- 行為健康護理專業人員（如精神科醫生、心理學家、持證臨床社會工作者、婚姻和家庭治療師、專業臨床諮詢師、精神科技術員，以及註冊護士、實習生）
- 在本機構參與護理您的其他個人，或與本機構合作為其客戶提供護理的其他個人，包括 ACHCSA 的僱員、工作人員，以及其他履行服務或職能以實現您的醫療保健服務的人員。

這些人員可出於治療、付款或醫療保健業務之目的，在相互之間分享以及與其他醫療保健服務提供者分享您的健康資訊，並出於本通知所述的其他原因與其他人分享您的健康資訊。

我們的責任

法律要求我們維護您的受保護健康 資訊的隱私和安全，並向您提供這份關於我們的法律責任和隱私慣例的通知。我們還有責任遵守本通知中現行有效的條款。

本通知將：

- 確定可在未經您事先書面批准的情況下對您的資訊進行哪些類型的使用和披露。



- 確定將會在哪些情況下給您機會同意或不同意對您的資訊進行的使用或披露。
- 如果發生了可能損害您的資訊隱私或安全的洩露事件，我們將及時通知您。
- 我們必須遵循本通知中所述的職責和隱私慣例，並向您提供一份本通知的副本。
- 我們不會在本通知所述範圍之外使用或分享您的資訊，除非您以書面形式向我們作出同意。即便您向我們作出同意，您也可以隨時改變主意。如果您改變主意，請以書面形式告知我們。
- 向您告知您在您的個人健康資訊方面擁有哪些權利。

我們可能如何使用和披露您的健康資訊

對健康資訊進行使用和披露的類型可以分為幾大類別。下文中介紹了這些類別，並附上了解釋和一些示例。本文中並未能詳盡列出每一種類型的使用和披露，但所有使用和披露都歸屬於以下其中一個類別。

治療。我們可以使用或共享您的健康資訊，以便為您提供醫療或其他健康服務。「醫療」一詞的含義包括您可能接受的身體健康護理治療，以及「行為健康護理服務」（心理健康服務以及酒精或其他藥物治療服務）。例如，持證臨床醫生可能會安排精神科醫生來接診您，討論可能採取的藥物治療，並可能與精神科醫生討論其對您治療的見解。或者，我們的工作人員可能會編寫待完成化驗的訂單，或者為了由外部醫生進行某項身體檢查而取得轉診。如果您向另一個服務提供者獲取醫療保健服務，我們也可能出於治療目的向您的新服務提供者披露您的健康資訊。

付款。我們可能會使用或分享您的健康資訊，以便就我們已為您提供的治療和服務，向Medi-Cal、Medicare、健康計劃及其他保險承保單位開立帳單並獲得付款。例如，我們可能需要向您的健康計劃提供有關您在此接受的治療或諮詢的資訊，以便他們向我們支付或向您報銷這些服務費用。我們也可能告訴他們我們所計劃提供的治療或服務，以取得事先批准或確定您的計劃是否將承保該等治療。如果您向另一個服務提供者獲取醫療保健服務，我們也可能出於付款目的向您的新服務提供者披露您的健康資訊。

醫療保健業務。我們可以使用和分享您的健康資訊來運作我們的業務，改善您的護理，並在必要時聯絡您。我們可能會與阿拉米達縣政府部門分享您的健康資訊中有限的部分，但僅限於履行重要職能以支援我們醫療保健業務的必要範圍。這些使用和披露對醫療保健服務局開展行政管理業務是必要的，並且對確保我們所有客戶都能獲得高品質護理也是必要的。例如，我們可能會在以下情況下使用您的健康資訊：



- 審查我們的治療和服務，評估工作人員在護理您方面的表現。
- 幫助決定我們應當提供哪些額外的服務，哪些服務是不需要的，以及特定的新治療是否有效。
- 用於醫生、護士、臨床醫生、技術員、其他醫護人員、學生、實習生以及其他機構工作人員的審查或學習活動。
- 幫助我們開展財務管理工作以及遵守法律。
- 如果您向另一個服務提供者獲取醫療保健服務，我們也可能向您的新服務提供者披露您的健康資訊，以便其開展特定的醫療保健業務。此外，我們可能會從這組健康資訊中刪除您的身份識別資訊，以便其其他人可在不瞭解特定患者身份的情況下，使用這些資訊來研究醫療保健和醫療保健服務交付。
- 我們還可能與那些和我們共同參與「組織化醫療保健服務安排」(OHCA) 的其他醫療保健服務提供者、醫療保健資訊交流所以及健康計劃分享您的醫療資訊，以便開展任何 OHCA 的醫療保健業務。OHCA 包括醫院、醫生組織、健康計劃以及其他共同提供醫療保健服務的實體。我們所參與的 OHCA 名單可從 ACCESS 獲取。

簽到表。我們可能會透過讓您在到達我們的診所時進行簽到，從而使用和披露您的醫療資訊。當我們準備好接診您時，我們也可能會叫到您的名字。

與家人的通知和溝通。我們可能會與您的家庭成員、親密朋友或其他參與您護理的人分享有關您的位置、一般狀況的資訊，或（除非您另行指示）在您死亡的情況下告知他們。在救災情況下，我們可能會向救災組織披露資訊，以便他們能夠協調這些通知工作。我們也可能會向某個參與您的護理或幫助為您的護理付款的人披露資訊。如果您有能力並且可以作出同意或反對，您既有權利也可以選擇作出同意或反對，我們將給您機會在進行這些披露之前提出反對，但是如果我們認為對於應對緊急狀況有必要，即便您提出反對，我們仍然可能在災難發生時披露這些資訊。如果您無法告訴我們您的偏好（例如，假如您失去意識），那麼如果我們認為分享您的資訊是符合您最佳利益的做法，我們可能會採取這一行動。我們也可能會在必要時分享您的資訊，以便減輕對於健康或安全的嚴重、緊迫威脅。

我們還可以如何使用或分享您的健康資訊？我們被允許或被要求以其他方式分享您的資訊，這些方式通常是有助於公共利益的，如公共衛生和研究。我們必須首先滿足法律規定的許多條件，之後方可出於這些目的分享您的資訊。更多資訊參見：

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

。



我們無需給您機會作出同意或反對的披露類型。除上述情況外，法律還允許我們在特定的情況下未經您的許可對您的健康資訊進行分享。這些情況如下文所述。

根據法律的要求。我們將在聯邦、州或地方法律要求的情況下披露您的健康資訊。

疑似有虐待或忽視行為。如果疑似有虐待/忽視兒童、虐待/忽視老年人或受撫養成年人或家庭暴力行為，我們將向有關機構披露您的健康資訊。或者是您同意進行披露，或者是我們經法律授權進行披露，並且進行披露被認為對於預防個人或公共衛生或安全可能面臨的威脅是必要的。

幫助應對公共衛生風險。我們可在特定情況下分享您的健康資訊，比如：

- 預防疾病、傷害或殘障
- 報告出生和死亡
- 幫助進行產品召回
- 報告藥物的不良反應
- 報告涉嫌虐待、忽視或家庭暴力的行為
- 預防或減輕對任何人的健康或安全的嚴重威脅

衛生監督活動。我們可能會向衛生監督機構披露健康資訊，以便開展法律授權的活動。這些監督活動的示例包括審計、調查、檢查以及許可。這些活動對於政府監督醫療保健系統、政府計劃以及遵守民權法是必要的。

司法和行政程序。我們可分享您的健康資訊，以便響應法院或行政命令、訴訟以及法律行動，或者響應傳票。

執法。如果執法人員提出要求，我們可能會披露健康資訊，以便：

- 幫助執法人員應對犯罪活動。
- 識別或定位嫌疑人、目擊者、失蹤人員等。
- 向執法部門提供有關犯罪受害者的資訊。
- 報告涉及我們設施或工作人員的犯罪活動或威脅。

驗屍官、法醫及殯儀員。我們可能會向驗屍官、法醫披露健康資訊。例如，這可能對於確認死者身份或確定死因是必要的。我們也可能會在我們的設施中披露患者健康資訊，以便在必要時協助殯儀員履行其職責。



器官或組織捐贈。如果您是一名器官捐贈者，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，我們可能會出於研究目的使用或披露您的資訊。

預防對個人或公共衛生或安全造成的威脅。我們可能會在必要時使用和披露您的健康資訊，以預防您的健康和 safety 或者公眾或他人的健康和 safety 受到嚴重威脅。但是，我們將僅向我們認為能夠預防威脅或傷害發生的人員進行任何此等披露。

履行特殊政府職能。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。您的健康資訊可能會：(i) 披露給軍事指揮機關（如果您是武裝部隊成員），以協助執行軍事任務；(ii) 披露給經授權的聯邦官員，以開展國家安全活動；(iii) 披露給經授權的聯邦官員，以向總統或其他人員提供保護服務，或開展法律允許的調查；(iv) 披露給懲教機構（如果您正在服刑），以用於醫療保健、健康和 safety 目的；(v) 在法律允許的情況下披露給工傷賠償計劃；(vi) 披露給政府執法機構，以保護聯邦和州的民選憲政官員及其家人；(vii) 披露給加州司法部，以移送和識別特定的罪犯患者，或者涉及不得購買、持有或控制槍支或致命武器的人士；(viii) 披露給參議院或眾議院規則委員會，以進行立法調查；(ix) 披露給全州性的保護和權益維護組織，以及縣級患者權利辦公室，以用於法律要求的特定調查目的。

其他特殊類別的資訊（如適用）。特殊的法律要求可能適用於特定類別資訊的使用或披露，例如人類免疫缺乏病毒 (HIV) 的檢測，或者酒精和藥物濫用的治療和服務。此外，稍有不同的規則可能適用於與您接受的任何一般醫療（非心理健康）護理有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作為心理健康專業人員的醫療保健服務提供者記錄（以任何媒介）的筆記，其旨在記錄或分析在私人諮詢或團體、聯合或家庭諮詢過程中的談話內容，並且與個人醫療紀錄的其餘部分是分開的。心理治療筆記不包括藥物處方和監測、諮詢的開始和停止時間、提供的治療方式和頻率、臨床測試結果，以及以下事項的任何摘要：診斷、功能狀態、治療計劃、症狀、預後以及迄今的進展。

我們可能會根據法律的要求或在以下情況下使用或披露您的心理治療筆記：

- 供筆記的創建者使用
- 在面向學生、受訓人員或執業人員的監督式心理健康培訓計劃中使用
- 供此服務提供者用於為個人提起的法律訴訟或其他程序進行抗辯



- 預防或減輕對個人或公眾健康或安全的嚴重、緊迫威脅
- 對心理治療筆記的創建者進行健康監督
- 供驗屍官或法醫使用，或披露給驗屍官或法醫，以便報告患者的死亡
- 對於預防或減輕對個人或公眾健康或安全的嚴重、緊迫威脅有必要的使用或披露
- 在調查過程中或根據法律要求使用或披露給您或 DHHS 部長。
- 在您死後提供給驗屍官或法醫。
- 如果您撤銷了使用或披露您的心理治療筆記的授權，我們將停止使用或披露這些筆記。

所有權變更 (如適用)。如果本業務/計劃被出售或與另一個組織合併，您的個人健康資訊/紀錄將成為新所有者的財產，但是您將繼續有權利可要求將您個人健康資訊的副本轉移至其他業務/計劃。

僅在您獲得機會作出同意或反對之後方可進行的披露。

在有些情況下，除非我們已與您進行過討論（如果可行），並且您並未作出反對，否則我們將不會分享您的健康資訊。這些情況包括：

患者名錄。您可以決定哪些健康資料（如有）需要在患者名錄中列出。

參與您的護理或付款的人。我們可能會與您的家庭成員、親密朋友或您指定參與您的醫療保健服務的其他人分享您的健康資料。例如，如果您讓某個家人或朋友到藥房為您取藥，我們可能會告訴那個人要取的是什麼藥物，以及何時可以取藥。另外，只要您不反對，我們可能會將您的位置和醫療狀況告知給您的家人（或其他負責照顧您的人）。

與您通信時進行的披露。我們可能會與您聯絡，在此過程中我們會分享您的健康資訊。例如，我們可能會使用和披露健康資訊與您聯絡，提醒您在此處有治療的預約，或者向您告知或推薦您可能感興趣的可行的治療選擇或替代方案。我們可能會使用和披露您的健康資訊，以向您告知您可能感興趣的健康相關福利或服務。我們可能會就我們的募捐活動與您聯絡。

健康資料的其他用途。對於本通知或適用於我們的法律未涵蓋的其他用途，將僅在徵得您書面同意的情況下進行。

即便您允許我們使用或披露您的健康資訊，您也可以隨時以書面形式撤銷該許可。如果您撤銷您的許可，我們將不再出於您書面授權所涵蓋的原因使用或披露您的健康資訊。您應



理解我們無法收回已經在您允許的情況下進行的任何披露，而且我們必須為我們已向您提供的護理保留紀錄。

您在您的健康資訊方面擁有的權利。在涉及到您的健康資訊方面，您擁有特定的權利。此部分解釋說明了您的權利以及我們對您負有的一些責任。

洩露事件通知。在不安全的受保護個人健康資訊遭到洩露的情況下，如果發生了可能損害您的資訊隱私或安全的洩露事件，我們將及時通知您。如果您已經向我們提供了最新的電子郵件地址，我們可能會使用電子郵件來溝通與洩露事件有關的資訊。在某些情況下，我們的業務夥伴可能會提供通知。我們也可能會透過其他適當的方式提供通知。

【注意：我們將僅會在確定不包含 PHI 並且不會披露不適當的資訊時，才會使用電子郵件通知。例如，如果我們的電子郵件地址是「digestivediseaseassociates.com」，使用這個地址發送的電子郵件如果被截取，便可識別患者及其狀況。】

獲得您的醫療紀錄的電子或紙質副本。您有權檢查和複製這些健康資訊。這通常包括醫療和帳單紀錄，但可能不包括某些心理健康資訊。特定的限制將適用：

- 您可以要求查看您的醫療紀錄以及我們擁有的關於您的其他健康資訊，或者要求獲得這些紀錄和資訊的電子或紙質副本。
- 我們通常將在您提出請求後 30 天內，提供您的健康資訊的副本或摘要。我們可能會收取一筆基於成本的合理費用。
- 您必須以書面形式提交您的請求。我們可以向您提供用於提出請求的表格，以及關於如何提交表格的說明。
- 您預計將會在 10 個工作日內收到與此請求有關的通知。
- 在特定情況下，我們可能會拒絕您的請求。如果您被拒絕獲取健康資訊，您可以要求按照法律規定對該拒絕進行審查。
- 如果我們拒絕您獲取您的心理治療筆記的請求，您將有權將這些紀錄轉移給另一位心理健康專業人員。

要求我們更正您的醫療紀錄。如果您認為您的任何健康資訊不正確或不完整，您可以要求我們予以更正。我們可能會對您的請求說「不」，但我們將會在 60 天內以書面形式告訴您原因。我們並不需要從您的紀錄中刪除資訊。如果存在任何錯誤，我們將透過添加澄清或補充資訊的方式予以更正。只要資訊是由該設施保存的，或由其他方為該設施保存的，您便有權要求進行修改。特定的限制將適用：



- 您必須以書面形式提交您的修改請求。我們可以向您提供用於提出請求的表格，以及關於如何提交表格的說明。
- 您必須提供一個理由來支撐您的請求。

此外，如果您要求我們修改以下資訊，我們可能會拒絕您的請求：

- 並非由我們創建的資訊，除非資訊的創建者不再能夠進行修改；
- 不屬於由我們設施保存的（或其他方為我們設施保存的）健康資訊的組成部分；
- 不屬於您將被允許檢查或複製的資訊的組成部分。即便我們拒絕了您的修改請求，您也有權就您認為您的紀錄中不完整或不正確的任何細目或陳述提交一份書面附錄。如果您以書面形式明確表明您希望將該附錄作為您的健康紀錄的組成部分，我們將把該附錄附加到您的紀錄中，並在我們披露您認為不完整或不正確的細目或陳述時附上該附錄。

有權要求我們限制使用或分享的內容。您可以要求我們不得出於治療、付款或開展業務之目的而使用或分享特定的健康資訊。我們並非必須同意您的請求，如果這會影響您的護理，我們可能會說「不」。您還有權要求限制我們向某個參與您的護理或為您的護理付款的人（如家人或朋友）披露的關於您的健康資訊。例如，您可以要求我們不使用或不向朋友或家人披露有關您的診斷或治療的任何資訊。

如果我們同意您的請求（即限制我們將您的資訊用於治療、付款或醫療保健業務的方式），我們將遵守您的請求，除非需要這些資訊來為您提供緊急治療。如需要我們進行限制，您必須以書面形式向您的服務提供者提出請求。在您的請求中，您必須告訴我們您希望限制哪些資訊，您是希望限制我們的使用還是披露（還是兩者均限制），以及您希望這些限制適用於哪些對象。

如果您全額自費支付某項服務或醫療保健細目，您可以要求我們不得出於付款或開展業務之目的而與您的醫療保險公司分享該等資訊。我們將會同意您的請求，除非法律要求我們分享該等資訊。

有權要求進行保密通信。您可以要求我們以特定的方式與您聯絡（例如透過住宅或辦公室電話）或將郵件寄至另外一個地址。我們將會同意所有合理的請求。如需要進行保密通信，您必須以書面形式向您的服務提供者提出請求。我們不會詢問您提出請求的原因。



有權獲得本隱私通知的副本。您可以隨時要求獲得本通知的紙質副本，即便您已經同意以電子方式接收本通知。我們將會及時向您提供一份紙質副本。即使您同意以電子方式接收本通知，您仍然有權獲得本通知的紙質副本。您可以向您的服務提供者或任何上述計劃獲取本通知的副本。

有權獲得列出我們分享資訊對象的清單。您可以要求我們提供一份清單（臺帳），列出在您提出請求之日的前六年內，我們在何時分享了您的健康資訊，我們與誰進行了分享，以及為什麼進行分享。這份臺帳將不包括：

- 治療、付款或醫療保健業務所需進行的披露。
- 我們向您進行的披露。
- 僅在另行允許或要求的披露中附帶進行的披露。
- 經您的書面授權而進行的披露。
- 我們在法律允許或要求的情況下進行的其他特定披露。

我們將列出所有已進行的披露，但與治療、付款、醫療保健業務有關的披露以及其他特定的披露（比如您要求我們進行的任何披露）除外。我們將每年免費提供一份臺帳，但如果您在 12 個月內要求我們再提供一份，我們可能會收取一筆基於成本的合理費用。如需索取此披露清單或臺帳，您必須以書面形式提交您的請求。我們可以向您提供用於提出請求的表格，以及關於如何提交表格的說明。您的請求必須指明一個時間段，並應表明您希望以何種形式獲得這份清單（例如紙質或電子形式）。在產生任何費用之前，我們將告知您所涉及的費用，屆時您可以選擇撤回或修改您的請求。

有權選擇某個人代您行事。如果您給了某個人醫療委託書，或者如果某個人是您的法定監護人，這個便可以行使您的權利，並就您的健康資訊作出選擇。在我們採取任何行動之前，我們將確保這個人具有響應的權力，並且能夠代您行事。

本通知條款的變更。我們可能變更本通知的條款，這些變化將適用於我們擁有的關於您的所有資訊。新的通知將可根據需要索取，在我們的診所獲取，並發佈在我們的網站上。當/如果隱私慣例通知發生變化，或如果您在一個新的服務站點註冊，您會收到一份新通知的副本。

如果您覺得您的權利受到了侵犯，請提出投訴。醫療保健服務局下設的所有計劃均致力於保護您個人健康資訊的隱私。如果您認為您的隱私權受到了侵犯，您可以向您認為發生了侵權行為的部門提出投訴。我們將及時調查您的索賠，並在必要時採取糾正措施。我們不會因為您提出投訴而對您進行報復。



所有投訴必須以書面形式提交。您可以透過聯絡以下部門，獲取用於提出投訴的表格以及相關的說明：

行為健康護理服務系統	消費者援助辦公室 2000 Embarcadero Cove, Suite 400 Oakland, CA 94606 (800) 779-0787
環境衛生部	部長辦公室 1131 Harbor Parkway Alameda, CA 94502 (510) 567-6700
行政管理和貧困人士衛生部	部長辦公室 1000 San Leandro Blvd, Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452
公共衛生部	部長辦公室 收件人：Privacy Issue 1000 Broadway 5 th Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000

您也可以向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出投訴，具體方式為寄信至以下地址：

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

或者您也可以撥打 1-800-368-1019，或造訪

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/



服務

什麼是所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務？

所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務是為患有藥物使用病症或在某些情況下有可能患上兒科醫生或全科醫生可能無法治療的藥物使用病症的人員提供的醫療保健服務。您可以參閱本通知的「篩查、簡短干預、轉診治療和早期干預服務」部分了解更多資訊。

所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務包括：

- 門診治療服務
- 密集門診治療服務
- 部分住院服務
- 住宅/住院治療服務（須經縣政府事先授權）
- 戒斷管理服務
- 麻醉品治療計劃服務
- 成癮治療藥物 (MAT)
- 康復服務
- 同伴支援服務
- 護理協調服務
- 應急管理

流動危機

透過阿拉米達縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提供的服務可透過致電或遠程醫療方式獲得，但麻醉品治療服務和戒斷管理的醫療評估除外。如果您想了解更多關於您可以使用的每項 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務，請參閱以下說明：



門診治療服務

- 在醫療上有必要時，向受益人提供每週最多 9 小時的諮詢服務，為 21 歲以下的受益人提供每週 6 小時以下的諮詢服務。根據個人醫療必要性，服務可能會超過最大值。服務可由持照專業人員或經認證的諮詢師在社區的任何適當環境中線下、透過電話或遠程醫療提供。
- 門診服務包括評估、護理協調、諮詢、家庭治療、藥物服務、阿片類藥物使用障礙成癮治療藥物、酒精使用障礙和其他非阿片類藥物使用障礙成癮治療藥物、患者教育、康復服務和藥物使用障礙危機干預服務。
- 阿拉米達縣為藥物使用障礙 (SUD) 患者提供全面的門診治療服務。感興趣的受益人可以撥打 1-844-682-7215 聯絡阿拉米達縣 24 小時免費幫助熱線，或直接聯絡簽約的門診治療提供者（請參閱藥物使用障礙 (SUD) 治療提供者名錄了解具體計劃資訊 - <https://www.acbhcs.org/>）。只要有醫療需要，所有合格的阿拉米達縣受益人都可以享受這項服務。

密集門診服務

- 在確定有醫療必要時，為受益人提供每周至少 9 小時、最多 19 小時的密集門診服務，以及為 21 歲以下的受益人每周至少 6 小時、最多 19 小時的門診服務。服務主要包括有關成癮相關問題的諮詢和教育。服務可以由有執照的專業人士或經過認證的顧問在結構化的環境中提供。可以線下、透過遠程醫療或電話提供密集門診治療服務。
- 密集門診服務包括與門診服務相同的組成部分。增加的服務小時數是主要區別。
- 阿拉米達縣為藥物使用障礙 (SUD) 患者提供全面的密集門診治療服務。感興趣的受益人可撥打阿拉米達縣 24 小時免費幫助熱線 1-844-682-7215 或直接聯絡簽約的密集門診治療服務提供者（請參閱藥物使用障礙 (SUD) 治療提供者名錄了解具體計劃資訊 - <https://www.acbhcs.org/>）。只要有醫療需要，所有合格的阿拉米達縣受益人都可以享受這項服務。



部分住院

- 21 歲以下的受益人無論居住在哪个縣，都有資格享受早期和定期篩查、診斷和治療服務。
- 根據醫療需要，部分住院服務每週包括 20 小時或更多小時的臨床密集計劃。部分住院計劃通常可以直接獲得精神科、醫療和實驗室服務，以及滿足確定的需求，這些需求需要進行日常監測或管理，但可以在臨床密集門診環境中適當解決。服務可以線下提供，也可透過同步遠程醫療或電話提供。
- 部分住院服務類似於密集門診服務，主要區別在於增加的小時數和額外獲得醫療服務的機會。

住宅治療（須經縣政府授權）

- 住宅治療是一項非機構且 24 小時非醫療的短期住宅計劃，在確定有醫療必要時，為被診斷為藥物使用障礙的受益人提供康復服務。受益人應住在處所，並支援他們努力恢復、維持、應用人際交往和獨立生活技能，並獲得社區支援系統。大多數服務均為線下提供；但是，遠程醫療和電話也可用於在住宅治療期間提供服務。提供者和居民協同工作以定義障礙、設定優先級、建立目標並解決與藥物使用障礙相關的問題。目標包括維持戒酒、為復發誘因做準備、改善個人健康和社交功能，以及參與持續護理。
- 住宅服務需要事先獲得所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 授權。
- 住宅服務包括接收和評估、護理協調、個人諮詢、團體諮詢、家庭治療、藥物服務、阿片類藥物使用障礙成癮治療藥物、酒精使用障礙和其他非阿片類藥物使用障礙成癮治療藥物、患者教育、康復服務和藥物濫用障礙危機干預服務。
- 住宅服務提供者必須直接在現場提供成癮治療藥物，或在住宅治療期間協助在現場外獲得成癮治療藥物。住宅服務提供者僅提供成癮治療提供者的藥物聯絡資訊，不滿足此要求。住宅服務提供者必須向 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 涵蓋的受益人提供和開具藥物處方。



- 阿拉米達縣為藥物使用障礙 (SUD) 患者提供全面的住宅治療服務。感興趣的受益人可以撥打 1-844-682-7215 聯絡阿拉米達縣 24 小時免費幫助熱線，以完成篩選並開始轉診流程。該服務適用於所有符合條件的阿拉米達縣受益人；可能適用一些時間和入院限制。懷孕或最近懷孕的會員可以直接聯絡特定項目以協助入會流程。

住院治療服務（因縣而異）

- 21 歲以下的受益人無論居住在哪個縣，都有資格享受早期和定期篩查、診斷和治療服務。
- 住院服務在 24 小時內提供，在住院環境中提供專業指導的評估、觀察、醫療監測和成癮治療。大多數服務均為線下提供；但是，遠程醫療和電話也可用於在住院治療期間提供服務。
- 住院服務高度結構化，醫生可能每天 24 小時在現場提供服務，此外還有註冊護士、成癮諮詢師和其他臨床人員。住院服務包括評估、護理協調、諮詢、家庭治療、藥物服務、阿片類藥物使用障礙成癮治療藥物、酒精使用障礙和其他非阿片類藥物使用障礙成癮治療藥物、患者教育、康復服務和藥物使用障礙危機干預服務。

麻醉治療計劃

- 麻醉品治療計劃是門診計劃，需要醫生根據醫療需要開立醫囑以提供 FDA 批准的藥物來治療藥物使用障礙。麻醉劑治療計劃必須向 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 涵蓋的受益人提供和開具藥物，包括美沙酮、丁丙諾啡、納洛酮和雙硫崙。
- 每個日曆月必須至少為受益人提供 50 分鐘的諮詢時間。這些諮詢服務可以線下、透過遠程醫療或電話提供。麻醉品治療服務包括評估、護理協調、諮詢、家庭治療、醫學心理治療、藥物服務、阿片類藥物使用障礙成癮治療藥物、酒精使用障礙和其他非阿片類藥物使用障礙成癮治療藥物、患者教育、康復服務和藥物濫用障礙危機干預服務。



戒斷管理

- 戒斷管理服務為緊急服務，將短期提供。可以在完成全面評估之前提供戒斷管理服務，並且可以在門診、住院或住院環境中提供。
- 無論在何種類型的情況下，在戒斷管理過程中都應監控受益人。在住宅或住院環境中接受戒斷管理的受益人應居住在該設施。醫療上必要的康復和康復服務由執業醫師或執業醫師開具處方。
- 戒斷管理服務包括評估、護理協調、藥物服務、阿片類藥物使用障礙成癮治療藥物、酒精使用障礙和其他非阿片類藥物使用障礙成癮治療藥物、觀察和康復服務。
- 阿拉米達縣提供方便的住宅戒斷管理服務。感興趣的受益人可以自行轉診或聯絡阿拉米達縣 24 小時免費幫助熱線 844-682-7215 以獲取具體轉診和聯絡資訊。沒有時間限制，所有符合條件的阿拉米達縣受益人均可享受此服務。

成癮治療藥物

- 用於成癮治療服務的藥物可用於臨床和非臨床環境。成癮治療藥物包括所有 FDA 批准的治療酒精使用障礙、阿片類藥物使用障礙和任何藥物使用障礙的藥物和生物製品。受益人有權在現場或透過機構外的轉診獲得成癮治療藥物。批准的藥物清單包括：
 - 阿坎酸鈣
 - 鹽酸丁丙諾啡
 - 丁丙諾啡緩釋注射劑 (Sublocade)
 - 丁丙諾啡/鹽酸納洛酮
 - 鹽酸納洛酮
 - 納曲酮 (口服)
 - 納曲酮微球注射懸浮劑 (Vivitrol)
 - 鹽酸洛非西定 (Lucemyra)
 - 雙硫侖 (Antabuse)
 - 美沙酮 (由麻醉品治療計劃提供)



- 成癮治療藥物可提供以下服務：評估、護理協調、個體諮詢、團體諮詢、家庭治療、藥物服務、患者教育、康復服務、藥物使用障礙危機干預服務和戒斷管理服務。
- 戒毒治療藥物可作為所有 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務的一部分，例如門診治療服務、密集門診服務和住院治療。
- 受益人也可以在所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 以外獲得成癮治療藥物。例如，用於治療成癮的藥物，如丁丙諾啡，可以由與您的 Medi-Cal 管理式護理計劃（常規 Medi-Cal 「按服務收費」計劃）合作的初級保健機構的一些處方醫生開具處方，並且可以在藥房配藥或注射。
- ACBH 目前有 2 家門診 MAT 提供者可供受益人使用，並希望擴大這些服務以在全縣範圍內提供全面的 MAT 服務。有興趣的受益人應撥打 1-844-682-7215 聯絡阿拉米達縣 24 小時免費幫助熱線，了解具體的轉診和聯絡資訊（請參閱 SUD 治療提供者名錄了解具體計劃資訊 - <https://www.acbhcs.org/>）。沒有時間限制，所有符合條件的阿拉米達縣受益人均可享受此服務。

同伴支援服務

- ACBH 的同伴支援服務辦公室可以回答有關同伴支援服務的問題。請造訪 <https://www.acbhcs.org/office-of-the-director/office-of-health-equity/>。
- 同伴支援服務是具有文化能力的個人和團體服務，可促進恢復、復原力、參與、社會化、自給自足、自我倡權、自然支援的發展以及透過結構化活動識別強項。這些服務可以提供給您或您指定的重要支援人員，並且可以在您接受其他 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務的同時獲得。同伴支援服務中的同伴專家是正在康復的個人，其具有心理健康或藥物使用病症經驗，該個人參與縣政府的州批准認證計劃，並獲得縣政府的認證，同時在獲得執照、豁免或在州註冊的行為健康專業人員的指導下提供這些服務。
- 同伴支援服務包括個人和團體輔導、教育技能培養小組、資源導航服務、鼓勵您參與行為健康治療的參與服務，以及促進自我倡權等治療活動。
- 阿拉米達縣目前沒有將這些服務作為 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的一部分。



- 21 歲以下的受益人無論居住在哪个縣，都有資格享受早期和定期篩查、診斷和治療服務。

康復服務

- 康復服務對您的康復和健康很重要。康復服務可以幫助您聯絡治療社區以管理您的健康和醫療保健。因此，這項服務強調您在管理健康、使用有效的自我管理支援策略以及組織內部和社區資源以提供持續的自我管理支援方面的作用。
- 可能會根據您的自我評估或提供者對復發風險的評估獲得康復服務。可以線下、透過遠程醫療或電話提供服務。
- 康復服務包括評估、護理協調、個人諮詢、團體諮詢、家庭治療、康復監測和復發預防部分。
- 所有 ACBH 簽約的門診 SUD 提供者都可以為已完成 SUD 治療的受益人提供康復服務。有興趣的受益人可撥打 844-682-7215 聯絡阿拉米達縣 24 小時免費幫助熱線，了解具體的轉診和聯絡資訊（請參閱 SUD 治療提供者名錄了解具體計劃資訊 - <https://www.acbhcs.org/> 沒有時間限制，所有符合條件的阿拉米達縣受益人都可以使用此服務。

護理協調

- 護理協調服務包括提供藥物使用障礙護理、心理健康護理和醫療護理的協調活動，並為您的健康提供與服務和支援的聯繫。護理協調隨所有服務一起提供，可以在臨床或非臨床環境中進行，包括在您的社區中。
- 護理協調服務包括與醫療和心理健康提供者協調以監測和支援健康狀況、出院計劃以及與輔助服務協調，包括讓您可以聯絡到兒童保育、交通和住房等社區服務。



應急管理

- ACBH 正在參與州試點，以提供應急管理服務。
- 應急管理服務是針對興奮劑使用障礙的循證治療，符合條件的受益人將參與結構化的 24 週門診應急管理服務，然後是六個月或更長時間的額外治療和康復支援服務，不提供激勵措施。
- 最初 12 週的應急管理服務包括一系列實現治療目標的激勵措施，具體針對不使用興奮劑（例如可卡因、苯丙胺和甲基苯丙胺），將透過尿液藥物測試進行驗證。激勵措施包括現金等價物（例如，禮品卡）。
- 應急管理服務僅適用於在參與提供者運營的非住宅環境中接受服務並且已註冊並參與全面、個別治療課程的受益人。請撥打幫助熱線 1-844-682-7215 了解更多資訊。
- 21 歲以下的受益人無論居住在哪个縣，都有資格享受早期和定期篩查、診斷和治療服務。

流動危機服務

- 如果您遇到心理健康和/或藥物使用危機（「行為健康危機」），您可獲得流動危機服務。
- 流動危機服務是由持證心理健康專業人員在您經歷危機的地點提供的服務，包括您的住宅、工作場所、學校或任何其他地點，但不包括醫院或其他設施環境。流動危機服務全天候提供服務。
- 流動危機服務包括快速響應、個人評估和社區穩定。如果您需要進一步的護理，流動醫療服務提供者還將為您提供溫馨交接或轉診服務，包括自願或非自願的精神科住院治療。在適當的情況下，團隊會將您送至各種治療地點。
- ACBH 將在危機事件發生后 72 小時內提供轉診服務的後續聯繫。
- 您可撥打 988 聯絡 ACBH 流動危機處理小組、阿拉米達縣行為健康幫助熱線 1-844-682-7215 或在緊急情況下致電 911。
- 21 歲以下的受益人無論居住在哪个縣，都有資格享受早期和定期篩查、診斷和治療服務。



篩查、評估、簡短干預和轉診治療

- 酒精和藥物篩查、評估、簡短干預和轉診治療不是藥物 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的福利。
- 對於 11 歲及以上的受益人，這是 Medi-Cal 按服務收費和 Medi-Cal 管理式護理交付系統的一項福利。
- 管理式醫療計劃必須為 11 歲及以上的受益人提供承保的藥物使用障礙服務，包括酒精和藥物使用篩查、評估、簡短干預和轉診治療 (SABIRT)。

早期干預服務

- 早期干預服務是針對 21 歲以下受益人提供的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務。
- 任何 21 歲以下的受益人如果接受篩查並確定存在發生藥物使用障礙的風險，則可以接受門診服務水準涵蓋的任何服務作為早期干預服務。
- 為 21 歲以下的受益人提供早期干預服務不需要藥物使用障礙診斷。

早期和定期篩查、診斷和治療

- 21 歲以下的受益人有資格獲得本手冊前面所述的服務以及透過名為「早期和定期篩查、診斷和治療」的福利獲得額外的 Medi-Cal 服務。
- 要獲得「早期和定期篩查、診斷和治療」服務的資格，受益人必須未滿 21 歲並且擁有全面的 Medi-Cal。「早期和定期篩查、診斷和治療」承保糾正或幫助缺陷以及身體和行為健康狀況所必需的醫療服務。維持、支援、改善或使病情更容易忍受的服務被視為有助於病情，並包含在「早期和定期篩查、診斷和治療」服務中。
- 如果您對 EPSDT 服務有任何疑問，請透過 InfoACBH.CYASOC@acgov.org 聯絡 ACBH EPSDT 協調辦公室，或造訪 [DHCS 早期和定期篩查、診斷和治療 網頁](#)。



管理式醫療計劃或「常規」 Medi-Cal 「按服務收費」計劃提供的藥物使用障礙服務

- 管理式醫療計劃必須為 11 歲及以上的受益人（包括懷孕成員）提供承保的藥物使用障礙服務，包括酒精和藥物使用篩查、評估、簡短干預和轉診治療 (SABIRT)，以及在初級保健環境中進行煙草、酒精和非法藥物篩查。
- 管理式醫療計劃還必須提供或安排提供初級保健、住院醫院、急診室和其他簽約醫療機構提供的成癮治療藥物（也稱為藥物輔助治療）。
- 管理式醫療計劃還必須提供穩定受益人所需的緊急服務，包括自願住院戒毒。



如何獲得 DRUG MEDI-CAL ORGANIZED DELIVERY SYSTEM 服務

我如何獲得 DRUG MEDI-CAL ORGANIZED DELIVERY SYSTEM 服務？

如果您認為您需要藥物使用治療服務，您可以自行向 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 縣尋求服務。您可以撥打本手冊正面所列的您所在縣的免費電話號碼。您可能也會被轉介到您所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 以其他方式獲得藥物使用障礙治療服務。

如果您是受益人，您所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須接受來自認為您可能需要這些服務的內科醫生、行為健康專家和其他初級保健提供者以及您的 Medi-Cal 管理式醫療健康計劃的藥物使用障礙治療服務轉診。通常，您的全科醫生或 Medi-Cal 管理式醫療保健計劃需要您的許可或兒童父母或看護人的許可才能進行轉診，除非有緊急情況。其他人和組織也可以向本縣進行轉診，包括學校；縣福利或社會服務部門；監管人、監護人或家庭成員；和執法機構。

承保的服務可透過 ACBH 的提供者網絡獲得。如果任何簽約提供者反對執行或以其他方式支援任何承保的服務，ACBH 將安排另一家提供者執行該服務。您所在的縣不得拒絕進行初步評估以確定您是否符合獲得所在縣 DMC-ODS 服務的標準的請求。

我在哪裡可以獲得 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務？

阿拉米達縣正在參與 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 計劃。由於您是阿拉米達縣的居民，您可以透過 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 在您居住的縣獲得 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務。您所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 有藥物濫用障礙治療提供者，其可以治療計劃承保的病症。其他未參與 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的縣可以提供以下 Drug Medi-Cal 服務：



- 密集門診治療
- 麻醉治療
- 門診治療
- 圍產期住宅藥物濫用服務（不包括食宿）

如果您未滿 21 歲，您也有資格在全州任何其他縣獲得「早期和定期篩查、診斷和治療」服務。

營業時間後的照護

從 2022 年 7 月 16 日開始，988 是現有國家預防自殺生命線 (800-273-8255) 的新號碼，在這裡，任何遭受心理健康相關困擾的人都可以全天候免費獲得富有同情心的支援——無論是對自殺、心理健康或藥物濫用危機，或任何其他類型的情緒困擾。如果擔心親人可能需要危機支援，您也可以撥打 988。988 不是 911，但如果來電者遇到醫療緊急情況、處於迫在眉睫的危險中或需要立即介入，988 將聯絡 911。危機支援服務人員在工作日夜間和週末為該線路提供服務。

988 Collaborative 的目標是建立更具凝聚力的護理系統，該系統會定期聯絡需求和資源，並共同努力確保生活在阿拉米達縣的每個人（考慮到多元文化）都能輕鬆獲得救生資源。

988 Collaborative 由處理危機連續體的機構組成，包括移動危機、危機穩定、警察、消防、911 調度、ACBH 危機小組、危機支援服務（危機熱線/社區教育）。

<https://988alamedacounty.org/> 是我們的本地網站，該網站將分享有關當地危機資源的資訊，並將幫助闡明什麼是 988 以及來電者會得到什麼樣的回應。我們相信，透過提高透明度，我們可以利用這個機會與可能對使用危機資源感到猶豫的社區建立信任。該網站還將成為確保我們社區中統一消息傳達的重要資源。



我怎麼知道什麼時候需要幫助？

許多人在生活中遇到困難，可能會遇到與藥物使用有關的問題。最重要的是要記住，幫助無處不在。如果您符合 Medi-Cal 的資格，並且您認為您可能需要專業幫助，您需要申請您所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 進行評估以確認，因為您目前居住在參與 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 計劃的郡縣。

我如何知道兒童或青少年何時需要幫助？

如果您認為您的孩子或青少年表現出任何藥物使用的跡象，您可以聯絡您所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 進行評估。如果您的孩子或青少年符合 Medi-Cal 的資格，並且縣評估表明需要合作縣包含的藥物和酒精治療服務，該縣將安排您的孩子或青少年接受這些服務。

我什麼時候可以獲得所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務？

在為您安排接受所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務的預約時，您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須滿足州的預約時間標準。所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須為您提供滿足以下預約時間標準的預約：

- 在您非緊急申請開始藥物使用障礙提供者門診服務和密集門診服務後的 10 個工作日內；
- 在您請求麻醉品治療計劃服務後的 3 個工作日內；
- 如果您正在接受持續藥物使用障礙的治療，則在 10 天內進行隨訪非緊急預約，但您的治療提供者確定的某些病例除外。

然而，如果您的醫療服務提供者認為較長的等待時間在醫學上是適當的，並且對您的



健康無害，則等待時間可能會更長。如果您被告知自己已列入等待名單，但認為等待時間過長有損健康，請撥打 1-844-682-7215 (TTY:711) 聯絡健康幫助熱線。如果您沒有得到及時的護理，您有權提出申訴。有關申訴的更多資訊，請參閱本手冊的「申訴程序」部分。



誰決定我將獲得哪些服務？

您、您的提供者和所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 都參與決定您需要透過所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 獲得哪些服務。藥物使用障礙提供者將與您交談，透過他們的評估，他們將幫助推薦哪些服務適合您的需求。在醫療服務提供者進行評估期間，您可以接受一些服務。

如果您未滿 21 歲，則所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須提供必要的醫療服務，以幫助糾正或改善您的心理健康狀況。維持、支援、改善行為健康狀況或使行為健康狀況更容易容忍的服務被認為具有醫療必要性。

醫療必要性是透過阿拉米達縣 DMC-ODS 計劃接受 SUD 治療服務所需的條件之一。醫療必要性是指有執照的專業人員確定服務的醫療需求。一旦確認需求，受益人將被轉診至我們的簽約供應商之一。

DMC-ODS 服務要求受益人滿足以下條件：

- 加入阿拉米達縣 Medi-Cal；和
- 必須符合美國成癮醫學協會 (ASAM) 對基於 ASAM 標準的服務的醫療必要性的定義 (ASAM 標準是成癮和藥物相關疾病的美國治療標準)。

受益人不需要知道其是否有診斷來尋求幫助。阿拉米達縣 DMC-ODS 計劃將幫助受益人接收診斷資訊並透過 ASAM 評估確定醫療必要性。



如何獲得心理健康服務

我在哪裡可以獲得專業的心理健康服務？

您可以在您居住縣和縣外獲得專業心理健康服務。ACBH 為阿拉米達縣的兒童、青少年、成人和老年居民提供 SMHS。如果您未滿 21 歲，您有資格獲得早期和定期篩檢、診斷和治療項下的額外保險和福利。

您的心理健康計劃將決定您是否符合專業心理健康服務的准入標準。如果您符合，心理健康計劃會將您轉診至心理健康提供者，由其對您的需求進行評估，從而確定您需要哪些服務以滿足您的需求。如果您註冊成為管理式醫療計劃的受益人，您也可以要求對您的管理式醫療計劃進行評估。如果管理式醫療計劃確定您符合專業心理健康服務的准入條件，則管理式醫療計劃將幫助您將服務從管理式醫療計劃過渡到心理健康計劃。只要能獲得心理健康服務，什麼方法都沒有錯，這意味着除了專業心理健康服務外，您甚至可以透過管理式保健計劃獲得非專業心理健康服務。如果您的心理健康醫療服務提供者認為這些服務在臨床上適合您，並且這些服務是協調的、不重複的，那麼您可以透過心理健康醫療服務提供者獲得這些服務。



准入標準和醫療必要性

藥物使用治療服務承保範圍的准入標準是什麼？

作為決定您是否需要藥物使用治療服務的一部分，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 將與您和您的提供者一起決定您是否符合接受 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務的准入標準。本節解釋您的參與縣將如何做出該決定。

您的提供者將與您一起進行評估，以確定哪種 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務最適合您。該評估必須透過遠程醫療或電話面對面進行。在進行評估期間，您可能會接受一些服務。在您的提供者完成評估後，他們將確定您是否滿足以下准入標準以透過 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 接受服務：

- 您必須加入 Medi-Cal。
- 您必須居住在參與 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的縣。
- 您必須至少有一項藥物相關和成癮精神障礙診斷和統計手冊的診斷（煙草相關疾病和非藥物相關疾病除外），或者至少有一項診斷來自被監禁前或監禁期間藥物相關和成癮性精神障礙的診斷和統計手冊（煙草相關障礙和非藥物相關障礙除外）。

當提供者確定服務將糾正或幫助藥物濫用或藥物使用障礙時，21 歲以下的受益人可以接受所有 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務，即使診斷尚未確定。即使您居住的縣沒有參加 Drug Medi-Cal Organized Delivery System，若您未滿 21 歲，您仍然可以接受這些服務**。



什麼是醫療必要性？

您接受的服務必須具有醫療必要性並且適合解決您的病情。對於 21 歲及以上的個人，如果合理且必要地保護您的生命、預防重大疾病或殘疾，或減輕劇烈疼痛，則該服務在醫療上是必要的。對於 21 歲以下的受益人，如果服務糾正或幫助藥物濫用或藥物使用障礙，則該服務在醫療上是必要的。維持、支援、改善或使藥物濫用或藥物使用障礙變得更可容忍的服務被認為有助於緩解這種情況，因此被視為「早期和定期篩查、診斷和治療」服務。



選擇供應商

我如何找到我需要的藥物使用障礙治療服務的提供者？

所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 可能會對您選擇的提供者施加一些限制。您可以向您所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 申請向您提供提供者的初步選擇。您所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 還必須允許您更換提供者。如果您要求更換提供者，所在縣必須盡可能和在適當範圍內允許您選擇一個提供者。

您的所在縣需要在線發布當前提供者名錄。如果您對當前提供者有疑問或想要最新的提供者名錄，請造訪 ACBH 網站 <https://acbh.my.site.com/ProviderDirectory/s/> 或撥打所在縣的免費電話號碼。當前提供者名錄可在縣網站上獲得電子版，或您可以根據要求透過郵件獲得紙質版。

有時，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 合同提供者選擇不再作為縣提供者提供 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務，不再與所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 簽訂合同，或不再自行或應所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的要求接受 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 患者。發生這種情況時，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須付出努力，在收到或發出終止通知後 15 天內，向每個從提供者處接受藥物使用障礙治療服務的人員發出《終止縣合同提供者》的書面通知。

符合 Medi-Cal 資格且居住在已加入 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 縣的美國印第安人和阿拉斯加原住民個人，也可以透過具有必要的藥物 Medi-Cal 認證的印第安醫療保健提供者獲得 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務。



我找到提供者後，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 是否可以告訴提供者我獲得了哪些服務？

您、您的提供者和所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 都參與決定您需要透過所在縣獲得哪些服務，方法是遵循 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務的准入標準。有時，縣政府會將決定權交給您和提供者。其他時候，所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 可能會要求您的提供者在提供服務之前證明提供者認為您需要服務的原因。所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須使用合格的專業人員進行審查。

此審查過程稱為計劃授權過程。僅允許住家服務和住院服務（不包括戒斷管理服務）獲得服務事先授權。所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的授權流程必須遵循特定的時間表。對於標準授權，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須在 14 個日曆日內根據您的提供者的請求做出決定。

如果您或您的提供者提出要求，或者如果所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 認為從您的提供者處獲得更多資訊符合您的利益，則時間線最多可以再延長 14 個日曆日。當所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 認為如果從您的提供者那裡獲得更多資訊，可能會批准您的提供者的授權請求，但如果沒有這些資訊，就不得不拒絕請求時，延期可能符合您的利益。如果所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 延長時間線，該縣將向您發送一份關於延期的書面通知。

如果該縣未在標準或加急授權請求所需的時限內做出決定，則所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須向您發送《不利權益裁定通知書》，告知您服務被拒絕並且您可以提出上訴或要求舉行州公平聽證會。

您可以向所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 詢問有關其授權流程的更多資訊。

如果您不同意所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 關於授權程序的決定，您可以向本縣提出上訴或要求舉行州公平聽證會。有關詳細資訊，請參閱問題解決部分。



My Drug Medi-Cal Organized Delivery System County 使用哪些供應商？

如果您不熟悉所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System，可以在 <https://acbh.my.site.com/ProviderDirectory/s/> 找到您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的完整提供者列表並包含有關提供者所在位置的資訊、他們提供的藥物使用障礙治療服務以及其他可幫助您獲得護理的資訊，包括有關提供者提供的文化和語言服務的資訊。如果您對提供者有疑問，請撥打阿拉米達縣 24 小時免費幫助熱線 1-844-682-7215。



您使用智能設備訪問醫療記錄和醫療服務提供者目錄資訊的權利

您所在的縣必須創建並維護一個安全系統，以便您可以使用電腦、智能平板電腦或移動設備等常用技術訪問您的健康記錄並找到醫療服務提供者。該系統被稱為患者訪問應用編程接口 (API)。在選擇應用程序以訪問您的醫療記錄和查找醫療服務提供者時需要考慮的資訊可在您所在縣的網站上找到。

ACBH 將在不久的將來推出 API 系統。請查看 ACBH 的公共網站公告頁面 www.acbhcs.org，了解有關我們實施的公告以及訪問 API 系統。



《不利權益裁定通知書》

如果所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 拒絕提供我想要或認為我需要的服務，我有什麼權利？

如果您所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 拒絕、限制、減少、延遲或終止您想要或認為您應獲得的服務，您有權從所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 獲得書面通知（稱為《不利權益裁定通知書》）。您還有權透過要求上訴不同意該決定。以下部分討論了您獲得通知的權利，以及如果您不同意您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的決定該怎麼辦。

什麼是不利權益裁定？

不利權益裁定被定義為以下任何行為

由所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 採取：

1. 拒絕或限制所申請服務的授權，包括根據服務類型或水平、醫療必要性、適當性、環境或承保福利的有效性做出的決定；
2. 先前授權服務的減少、暫停或終止；
3. 全部或部分拒絕支付服務費用；
4. 未能及時提供服務；
5. 未能在標準解決申訴和上訴所需的時限內採取行動（如果您向 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 縣提出申訴，Drug Medi-Cal 在 90 天內對您的申訴作出決定。如果您向所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提出上訴，而所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 未在 30 天內回復您並就您的上訴作出書面決定，或者如果您提出加急上訴，並且在 72 小時內未收到回復。）；或者



6. 拒絕受益人對財務責任提出異議的請求。

什麼是《不利權益裁定通知書》？

《不利權益裁定通知書》是您所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 在做出拒絕、限制、減少、延遲或終止您和您的提供者認為您應獲得的服務的決定時發送給您的一封信函。這包括拒絕支付服務費用、以聲稱服務不在承保範圍內為由的拒絕、或拒絕為錯誤的交付系統提供服務，或拒絕對財務責任提出異議的請求。《不利權益裁定通知書》也用於告知您，您的申訴、上訴或加急上訴未能及時解決，或者您未能在所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提供服務的標準時間範圍內獲得服務。

通知的時間

所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須在終止、暫停或減少先前授權的所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務的行動日期前至少 10 天將通知郵寄給受益人。所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 還必須在決定拒絕付款或導致拒絕、延遲或修改全部或部分所請求的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務的決定後的兩個工作日內將通知郵寄給受益人。

當我沒有得到我想要的服務時，我是否總能收到《不利權益裁定通知書》？

是，您會收到《不利權益裁定通知書》。但是，如果您沒有收到通知，您可以向所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提出上訴，或者如果您已完成上訴程序，您可以請求舉行州公平聽證會。當您聯絡您所在縣時，這表明您經歷了不利權益裁定但沒有收到通知。本手冊包含有關如何提出上訴或請求舉行州公平聽證會的資訊。您的提供者辦公室也應該提供資訊。



《不利權益裁定通知書》會告訴我什麼？

《不利權益裁定通知書》將告訴您：

- 您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 所做的事情影響了您和您獲得服務的能力。
- 決定的生效日期和所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 做出決定的原因。
- 所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 在做出決定時遵循的是州或聯邦規定。
- 如果您不同意該計劃的內容，您的權利是什麼。
- 如何獲得與所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 決定有關的文件、記錄和其他資訊副本。
- 如何對所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提出上訴。
- 如何申請州公平聽證會。
- 如何請求加急上訴或加急州公平聽證會。
- 如何獲得提出上訴或請求州公平聽證會的幫助。
- 您必須在多長時間內提出上訴或請求舉行州公平聽證會。
- 您在等待上訴或州公平聽證會決定期間繼續接受服務的權利、如何請求繼續接受這些服務，以及這些服務的費用是否由 Medi-Cal 支付。
- 如果您希望繼續提供服務，您必須提交上訴或州公平聽證會請求。

收到《不利權益裁定通知書》時我該怎麼辦？

當您收到《不利權益裁定通知書》時，您應該仔細閱讀通知上的所有資訊。如果您不理解該通知，您的所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 可以幫助您。您也可以請其他人幫助您。



當您提交上訴或請求州公平聽證會時，您可以請求繼續提供已中斷的服務。您必須在不晚於《不利權益裁定通知書》郵寄或親自交給您之日起 10 個日曆日內，或在變生效日期之前申請繼續提供服務。



問題解決過程

如果我沒有從所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 計劃中獲得我想要的服務怎麼辦？

您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 有辦法讓您解決與您接受的藥物使用障礙治療服務相關的任何問題。這稱為問題解決過程，它可能涉及以下過程。

1. **申訴程序**—表達對與藥物使用障礙治療服務有關的任何事情的不滿，不利權益裁定除外。
2. **上訴程序**—審查所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 或您的提供者對您的藥物使用障礙治療服務做出的決定（拒絕、終止或減少服務）。
3. **州公平聽證會程序**—審查以確保您收到您根據 Medi-Cal 計劃有權獲得的藥物使用障礙治療服務。

提出申訴或上訴，或申請州公平聽證會不會對您不利，也不會影響您正在接受的服務。當您的申訴或上訴完成後，您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 將通知您和提供者和家長/監護人最終結果。當您的州公平聽證會結束時，州聽證會辦公室將通知您和最終結果的提供者。

請參閱下方以了解有關每個問題解決過程的更多資訊。

我可以獲得幫助來提出上訴、申訴或州公平聽證會嗎？

您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 將安排人員向您解釋這些流程，並幫助您以申訴、上訴或州公平聽證會請求的形式報告問題。他們還可以幫助您決定您是否符合所謂的「加急」程序的資格，這意味著這將更快地進行審查，因為您的健康或穩定狀態處於危險之中。您也可以授權其他人代表您行事，包括您的藥物使用障礙治療提供者或倡權人。如果您需要幫助，請致電 1-844-682-7215。您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須在填寫表格和其他與申訴或上訴相關的程序步驟方面為



您提供任何合理的協助。這包括但不限於提供傳譯服務和具有 TTY/TDD 和傳譯能力的免費電話號碼。

如果我需要幫助解決我所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 計劃的問題，但我不想提出申訴或上訴怎麼辦？

如果您在縣裡找不到合適的人來幫助您在系統內行事，您可以從本州獲得幫助。

您可以在周一至週五上午 8 點至下午 5 點（節假日除外）致電 **888-452-8609** 或發送電子郵件至 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov 聯絡衛生保健服務部監察員辦公室。

請注意：電子郵件消息不被視為機密。您不應在電子郵件中包含個人資訊。

您可以在當地的法律援助辦公室或其他團體獲得免費法律幫助。您可以向公共諮詢和響應部門詢問您的聽證會權利或免費法律援助：

免費電話：1-800-952-5253

如果您失聰並使用 TDD，請致電：**1-800-952-8349**



申訴程序

什麼是申訴？

申訴是表達對您的藥物使用障礙治療服務的任何不滿，這些服務不屬於上訴和州公平聽證程序所涵蓋的問題之一。

申訴程序將：

- 涉及簡單易懂的程序，讓您可以口頭或書面表達您的不滿。
- 不以任何方式對您或您的提供者不利。
- 允許您授權他人代表您行事，包括提供者或倡權人。如果您授權另一個人代表您行事，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 可能會要求您簽署一份表格，授權該所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 向該人發布資訊。
- 確保做出決定的個人有資格這樣做，並且不參與任何先前級別的審查或決策。
- 確定您、您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 和您的提供者的角色和責任。
- 在要求的時限內提供申訴解決方案。

我什麼時候可以提出申訴？

如果您對從所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 獲得的藥物使用障礙治療服務不滿意，或者對 Drug Medi-Cal 有其他顧慮，您可以隨時向所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提出申訴。



我如何提出申訴？

您可以撥打您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 以獲得申訴幫助。申訴可以口頭或書面形式提出。口頭申訴不必以書面形式跟進。

如果您需要以書面形式提出申訴，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 將在所有提供者的站點提供回郵信封，供您郵寄申訴。如果您沒有回郵信封，可以直接將申訴郵寄到本手冊正面提供的地址。

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

您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須在收到後 5 個日曆日內向您發送書面確認，告知您已收到您的申訴。透過電話或當面收到的申訴，如果您同意在下個工作日結束時解決，則可以豁免，並且您可能不會收到信函。

我的申訴何時會得到裁決？

所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須在您提出申訴之日起 90 個日曆日內就您的申訴做出決定。如果您申請延期，或者如果所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 認為需要更多資訊並且延遲對您有利，則時間範圍最多可延長 14 個日曆日。延遲對您可能有利的一個例子是，如果所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 獲得更多時間從您或相關人士處獲取資訊，則縣認為其可能會解決您的申訴。

我如何知道所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 是否已就我的申訴做出決定？

當就您的申訴作出決定後，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 將以書面形式通知您或您的代表該裁定。如果您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System



未能及時將申訴決定通知您或任何受影響方，則所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 需要向您提供《不利權益裁定通知書》，告知您您有權利申請州公平聽證會。您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須在時限截止之日向您提供《不利權益裁定通知書》。

提出申訴有截止日期嗎？

您可以隨時提出申訴。



上訴程序（標準和加急）

您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 負責幫助您質詢所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 或您的提供者對您的藥物使用障礙治療服務做出的您不同意的決定。您可以透過兩種方式申請審核。一種方法是使用標準上訴流程。第二種方法是使用加急上訴程序。這兩種類型的上訴是相似的；但是，加急上訴需要符合具體要求。具體要求解釋如下。

什麼是標準上訴？

標準上訴是申請審查您對所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 或您的提供者的問題，該問題涉及拒絕或更改您認為您需要的服務。如果您申請標準上訴，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 可能需要最多 30 個日曆日來進行審核。如果您認為等待 30 個日曆日會給您的健康帶來風險，您可要求「加急上訴」。

標準上訴程序將：

- 允許您線下、透過電話或書面提出上訴。
- 確保提出上訴不會以任何方式對您或您的提供者不利。
- 允許您授權他人代表您行事，包括提供者或倡權人。如果您授權他人代表您行事，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 可能會要求您簽署一份表格，授權其向該人發布資訊。
- 在要求的時間範圍內根據上訴申請繼續提供您的權益，該期限是從您的《不利權益裁定通知書》郵寄或親自交給您之日起 10 個日曆日。在上訴未決期間，您不必為繼續服務付費。如果您確實要求繼續享受福利，並且上訴的最終決定已確認減少或終止您正在接受的服務的決定，您可能需要支付在上訴待決期間提供的服務的費用。
- 確保做出決定的個人有資格這樣做，並且不參與任何先前級別的審查或決策。



- 允許您或您的代表在上訴程序之前和期間審查您的案件檔案，包括您的醫療記錄，以及在上訴程序期間考慮的任何其他文件或記錄。
- 讓您有合理的機會親自或以書面形式出示證據和對事實或法律的指控。
- 允許您、您的代表或已故受益人遺產的法定代表作為上訴方被包括在內。
- 向您發送書面確認，讓您知道您的上訴正在接受審查。
- 告知您在完成上訴程序後，您有權要求舉行州公平聽證會。

我什麼時候可以提出上訴？

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

- 如果您所在縣或縣簽約提供者之一決定您沒有資格接受任何 Medi-Cal 藥物使用障礙治療服務，因為您不符合醫療必要性標準。
- 如果您的提供者認為您需要藥物使用障礙治療服務並申請縣批准，但縣不同意並拒絕您的提供者的申請，或更改服務類型或頻率。
- 如果您的提供者已申請所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 批准，但該縣需要更多資訊才能做出決定並且沒有按時完成批准流程。
- 如果您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 未根據所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 制定的時間表向您提供服務。
- 如果您認為所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提供的服務不足以滿足您的需求。
- 如果您的申訴、上訴或加急上訴沒有得到及時解決。
- 如果您和您的提供者不同意您需要的藥物使用障礙服務。



我如何提出上訴？

您可以撥打您所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的免費電話號碼，以獲得提出上訴的幫助。該縣將在所有提供者站點提供回郵信封，供您郵寄上訴書。上訴書可以口頭或書面形式提出。如果您沒有回郵信封，可以直接將申訴郵寄到本手冊正面的地址，也可以透過電子郵件 QAOffice@acgov.org 或傳真 510-639-1346 提交申訴。



我如何知道我的上訴是否已作出裁定？

您所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 計劃將以書面形式通知您或您的代表，關於其對您的上訴所作出的決定。該通知將包含以下資訊：

- 上訴決議過程的結果。
- 作出上訴決定的日期。
- 如果上訴沒有得到完全有利於您的解決方案，該通知還將包含有關您參加州公平聽證會的權利和提交州公平聽證會程序的資訊。

提出上訴是否有截止日期？

您必須在《不利權益裁定通知書》之日起 60 個日曆日內提出上訴。請記住，您並非總能收到《不利權益裁定通知書》。如果您沒有收到《不利權益裁定通知書》，則提出上訴的日期沒有期限；所以您可以隨時提出此類上訴。

什麼時候會對我的上訴作出裁決？

所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須在所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 收到您的上訴申請後 30 個日曆日內對您的上訴作出裁決。如果您申請延期，或者如果所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 認為需要更多資訊並且延遲對您有利，則時間範圍最多可延長 14 個日曆日。延遲對您有利的一個例子是，如果所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 獲得更多時間從您或您的提供者處獲取資訊，則縣認為其可能會批准您的上訴。



如果我的上訴決定不能等待 30 天怎麼辦？

如果符合加急上訴程序的條件，上訴程序可能會更快。

什麼是加急上訴？

加急上訴是決定上訴的更快方法。加急上訴流程遵循與標準上訴流程類似的流程。然而，您必須證明，等待標準上訴可能會使您的藥物使用病症惡化。加急上訴程序的截止日期也與標準上訴不同。所在縣 Medi-Cal Medi-Cal Organized Delivery System 可在 72 小時內審查加急上訴。您可以口頭申請加急上訴。您不必以書面形式提出加急上訴申請。

我什麼時候可以提出加急上訴？

如果您認為等待標準上訴決定長達 30 個日曆日會危及您的生命、健康或獲得、維持或恢復最大機能的能力，您可以要求加快決議上訴。如果所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 同意您的上訴符合加急上訴的要求，您所在縣將在 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 收到上訴後 72 小時內解決您的加急上訴。

如果您申請延期，或如果所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 表明需要更多資訊並且延遲符合您的利益，則時間範圍最多可延長 14 個日曆日。如果您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 延長了時間範圍，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 將為您提供一份書面解釋，說明延長時間範圍的原因。

如果所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 決定您的上訴不符合加急上訴的條件，則所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須盡合理努力及時口頭通知您，並將在 2 個日曆日內以書面形式通知您幾天給你決定的理由。然後，您的上訴將遵循本節前面概述的標準上訴時限。如果您不同意縣政府關於您的上訴不符合加急上訴標準的決定，您可以提出申訴。



一旦您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 解決了您的加急上訴，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 將以口頭和書面形式通知您和所有受影響的各方。



州公平聽證程序

什麼是州公平聽證會？

州公平聽證會是由加州社會服務部進行的一項獨立審查，旨在確保您獲得根據 Medi-Cal 計劃有權獲得的藥物使用障礙治療服務。您也可以造訪加州社會服務部 <https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests> 以獲取更多資源。

我的州公平聽證會權利是什麼？

您有權：

- 在加州社會服務部舉行聽證會（也稱為州公平聽證會）。
- 了解如何申請州公平聽證會。
- 被告知有關州公平聽證會代表的規則。
- 如果您在規定的時間範圍內要求舉行州公平聽證會，您的福利將根據您在州公平聽證會過程中的申請繼續發放。

我什麼時候可以申請州公平聽證會？

若符合以下資格，您可以申請州公平聽證會：

- 如果您已完成所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的上訴程序。
- 如果您所在縣或縣簽約提供者之一決定您沒有資格接受任何 Medi-Cal 藥物使用障礙治療服務，因為您不符合准入標準。



- 如果您的提供者認為您需要藥物使用障礙治療服務並申請所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 批准，但所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 不同意並拒絕您的提供者的請求，或更改類型或服務頻率。
- 如果您的提供者已申請所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 批准，但該縣需要更多資訊才能做出決定並且沒有按時完成批准流程。
- 如果您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 未根據該縣設定的時間表向您提供服務。
- 如果您認為所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提供的服務不足以滿足您的需求。
- 如果您的申訴、上訴或加急上訴沒有得到及時解決。
- 如果您和您的提供者不同意您需要的藥物使用障礙治療服務。
- 如果您的申訴、上訴或加急上訴沒有得到及時解決。

我如何申請州公平聽證會？

您可以申請州公平聽證會：

- 在線網址：<https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- 書面：按照《不利權益裁定通知書》上顯示的地址，或透過傳真或郵寄至：

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

或傳真至 **916-651-5210** 或 **916-651-2789**。

您還可以申請州公平聽證會或加急州公平聽證會：



- 透過電話：致電州公平聽證會部門，免費電話 **800-743-8525** 或 **855-795-0634**，或撥打公共諮詢和響應熱線，免費電話 **800-952-5253** 或 TDD 電話 **800-952-8349**。



提交州公平聽證會是否有截止日期？

您只有 120 個日曆日可以申請州公平聽證會。120 天從所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 發出書面上訴決定通知之日起計算。

如果您沒有收到《不利權益裁定通知書》，您可以隨時申請州公平聽證會。

我可以在等待州公平聽證會裁定期間繼續服務嗎？

可以，如果您目前正在接受治療並且您希望在上訴期間繼續接受治療，您必須在上訴決定通知的郵戳日期或送達給您之日起 10 天內，或在您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 表示將停止或減少服務之日之前，要求舉行州公平聽證會。當您要求舉行州公平聽證會時，您必須說明您希望繼續接受治療。此外，在州公平聽證會未決期間，您無需為接受的服務付費。

如果您確實要求繼續享受福利，並且州公平聽證會的最終決定已確認減少或終止您正在接受的服務的決定，您可能需要支付在州公平聽證會待決期間提供的服務的費用。

什麼時候會就我的州公平聽證會決定做出裁定？

在您申請州公平聽證會後，最多可能需要 90 天的時間來裁定您的案件並向您發送答复。



我可以更快地獲得州公平聽證會嗎？

如果您認為等待過久會對您的健康有害，您可能可以在三個工作日內得到答复。請您的全科醫生或其他提供者為您寫一封信。你也可以自己寫一封信。這封信必須詳細解釋等待長達 90 天的時間來決定您的案件將如何嚴重損害您的生命、您的健康或您獲得、維持或恢復最大機能的能力。然後，確保您要求「加急聽證會」並提供包含您的聽證會申請的信函。

社會服務部州公平聽證會部門將審查您的加急州公平聽證會申請，並決定其是否符合條件。如果您的加急聽證會申請獲得批准，將舉行聽證會，並在州公平聽證會部門收到您的申請之日起 3 個工作日內發布聽證會決定。



有關 MEDI-CAL 計劃的重要資訊

誰可以獲得 Medi-Cal ？

如果您屬於以下群體之一，您可能有資格獲得 Medi-Cal ：

- 65 歲或以上
- 21 歲以下
- 根據收入資格，年齡在 21 至 65 歲之間的成年人
- 盲人或殘疾人
- 孕婦
- 某些難民，或古巴/海地移民
- 在療養院接受照護
- 26 歲以下或 50 歲以上的個人，無論移民身份如何

您必須居住在加州才有資格享受 Medi-Cal。致電或造訪您當地的縣社會服務辦公室索取 Medi-Cal 申請，或在互聯網上獲取一份 <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ApplyforMedi-Cal.aspx>。

會提供交通工具嗎？

如果您無法前往醫療預約或藥物和酒精治療預約，Medi-Cal 計劃可以幫助您找到交通工具。

如果 Medi-Cal 受益人無法自行提供交通服務，並且在接受某些 Medi-Cal 承保服務時有醫療必要性，則可以為其提供交通服務。前往約診有兩種交通方式：

- 非醫療交通是指用私人或公共車輛為沒有其他方式前往約診的人提供的交通服務。



- 非緊急醫療運送是指使用救護車、輪椅車或垃圾車運送那些無法使用公共或私人交通工具的人。

如果要去藥房或領取所需的醫療用品、假肢、矯形器和其他設備，也可提供交通服務。有關交通的更多資訊和幫助，請聯絡您的管理式護理計劃。

如果您有 Medi-Cal 但沒有加入管理式醫療計劃並且您需要非醫療交通以前往健康相關的服務，您可以聯絡您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 尋求幫助。當您聯絡接送公司時，他們會詢問有關您預約日期和時間的資訊。如果您需要非緊急醫療運輸，您的提供者可以開出非緊急醫療接送的處方，並讓您與接送提供者聯絡，以協調您往返預約的行程。

什麼是緊急服務？

全天候提供緊急服務。如果您認為自己遇到與健康相關的緊急情況，請撥打 911 或前往最近的急診室尋求幫助。

緊急服務是為意外醫療狀況提供的服務，包括精神科緊急醫療狀況。

當您出現導致劇烈疼痛或嚴重疾病或受傷的症狀時，就出現了緊急醫療狀況，而審慎的外行人員（小心或謹慎的非醫療人員）認為如果沒有醫療護理可以合理預期可能出現以下情況：

- 使您的健康處於嚴重危險之中，或者
- 如果您有身孕，會使您的健康或您未出生的孩子的健康處於嚴重危險之中，或者
- 對您的身體機能造成嚴重傷害，或
- 對任何身體器官或部位造成嚴重損害。

在緊急情況下，您有權使用任何醫院。緊急服務從不需要授權。

我必須支付 Medi-Cal 費用嗎？

根據您每月獲得或賺取的金額，您可能需要支付 Medi-Cal。

- 如果您的收入低於您家庭人數的 Medi-Cal 限額，您將無需支付 Medi-Cal 服務費用。



- 如果您的收入超過您家庭人數的 Medi-Cal 限額，您將需要為您的醫療或藥物濫用障礙治療服務支付一些費用。您支付的金額稱為您的「分攤費用」。一旦您支付了「分攤費用」，Medi-Cal 將支付您當月承保的剩餘醫療費用。在沒有醫藥費用的月份，您無需支付任何費用。
- 您可能需要為 Medi-Cal 下的任何治療支付「共付額」。這意味著您每次獲得醫療服務或去醫院急診室接受常規服務時都要自付費用。

您的提供者會告訴您是否需要支付共付額。

如果我有自殺念頭，我該聯絡誰？

如果您或您認識的人處於危機之中，請撥打全國預防自殺生命線 **988** 或 **1-800-273-TALK (8255)**。您可透過 <https://988lifeline.org/> 進行聊天。對於需要在危機中尋求幫助和獲得當地心理健康計劃的當地居民，請致電 1-800-273-8255 聯絡阿拉米達縣的危機支援服務。

我可以去哪裡獲取更多有關 Medi-Cal 的資訊？

請訪問衛生保健服務部網站 <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Beneficiaries.aspx> 了解有關 Medi-Cal 的更多資訊。

若要在線申請 Medi-Cal，請造訪 [MyBenefitsCalWIN](#)。

若要親自申請 Medi-Cal，請造訪您當地的社會服務機構：

- **北奧克蘭自給自足中心 (North Oakland Self Sufficiency Center)**
2000 San Pablo Ave
Oakland CA 94612



- **伊斯特蒙特自給自足中心 (Eastmont Self-Sufficiency Center)**
6955 Foothill Blvd Suite 100
Oakland, CA 94605
- **企業自給自足中心 (Enterprise Self Sufficiency Center)**
8477 Enterprise Way
Oakland CA 94621
- **伊甸區綜合服務中心 (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
- **利弗莫爾分站 (Livermore Outstation)**
2481 Constitution Drive, Suite B
Livermore CA 94551

要透過電話申請 Medi-Cal，請致電 (510) 272-3663 聯絡阿拉米達縣社會服務機構。



預先指示

什麼是預先指示？

您有權獲得預先指示。預先指示是加州法律認可的關於您的醫療保健的書面指示。它包括說明您希望的醫療保健提供的方式或您希望在自己無法表達意見的情況下做出哪些決定的資訊。您有時可能會聽到將「預先指示」描述為生前遺囑或持久授權書。

加州法律將預先指示定義為口頭或書面的個人醫療保健指示或授權書（允許某人為您做決定的書面文件）。所有所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 都必須制定預先指示政策。如果被要求提供資訊，您的所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 必須提供有關所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的預先指示政策的書面資訊和州法律的解釋。如果您想索取資訊，您應該致電您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 以獲取更多資訊。

預先指示旨在讓人們能夠控制自己的治療，尤其是當他們無法提供有關自己護理的指示時。這屬於法律文件，允許人們在無法做出醫療保健決定時提前說出他們的意願。這可能包括諸如接受或拒絕醫療、手術或做出其他醫療保健選擇的權利。在加州，預先指示由兩部分組成：

- 您指定的代理人（個人）對您的醫療保健做出決定；和
- 您的個人醫療保健說明

您可以從您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 或網上獲得一份預先指示表。在加州，您有權向您的所有醫療保健提供者提供預先指示。您還有權隨時更改或取消您的預先指示。



如果您對加州有關預先指示要求的法律有疑問，您可以致函：

加州司法部
收件人：公眾諮詢組，
P. O. Box 944255
Sacramento, CA 94244-2550



受益人的權利和責任

作為 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務的接受者，我有哪些權利？

作為有資格享受 Medi-Cal 並居住在所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的人，您有權從所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 獲得醫療上必要的藥物濫用障礙治療服務。您有權：

- 受到尊重，適當考慮您的隱私權和對您的醫療資訊保密的需要。
- 接收有關可用治療方案和替代方案的資訊，這些資訊以適合受益人狀況和理解能力的方式呈現。
- 參與有關您的藥物使用障礙護理的決定，包括拒絕治療的權利。
- 及時獲得護理，包括全天候提供的服務，當醫療上有必要治療緊急情況或突發或危機情況時。
- 接收本手冊中有關所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 承保的藥物使用障礙治療服務、所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的其他義務以及此處所述您的權利的資訊。
- 保護您的機密健康資訊。
- 索取並收到您的病歷副本，並要求根據需要對其進行修改或更正。
- 應要求及時獲得替代格式的書面資料（包括盲文、大字體印刷物和音訊格式），並適合所申請的格式。
- 收到至少 5% 或 3,000 名所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 受益人使用的語言的書面材料，以較少者為準。
- 獲得您首選語言的傳譯服務。
- 從所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 獲得藥物使用障礙治療服務，該縣在服務可用性、充足能力和服務的保證、護理的協調和連續性以及服務的承保範圍和授權等方面遵循其與州政府簽訂的契約要求。



- 如果您是未滿 21 歲的受益人，請參閱未成年人同意服務。
- 如果所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 沒有可以提供服務的員工或合同提供者，請及時獲得網絡外的醫療必要服務。「網絡外提供者」是指不在所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的提供者名單上的提供者。縣政府必須確保您不會因為參與網絡外提供者的服務而支付任何額外費用。您可以透過 [County to Insert 免費電話號碼] 聯絡受益人服務，了解有關如何從網絡外提供者處獲得服務的資訊。
- 向縣網絡內或網絡外的合格醫療保健專業人員索取第二意見，您無需支付額外費用。
- 以口頭或書面形式對組織或受到的照護提出申訴。
- 在收到《不利權益裁定通知書》後，以口頭或書面形式請求上訴，包括有關可以加快上訴的情況的資訊。
- 申請州 Medi-Cal 公平聽證會，包括有關可以加快州公平聽證會的情況的資訊。
- 不受任何形式的限制或隔離，這些限制或隔離被作為脅迫、處分、便利或報復的手段。
- 在行使這些權利時不受歧視，不會對您所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System、提供者或州的待遇產生不利影響。

作為 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務的接受者，我有哪些責任？

作為 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務的接受者，您有責任：

- 仔細閱讀您從所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 收到的受益人通知材料。這些材料將幫助您了解可以使用哪些服務以及在需要時如何獲得治療。
- 如期參加您的治療。如果您在整個治療過程中與您的提供者合作，您將獲得最佳結果。如果您確實不能出席預約，請至少提前 24 小時致電您的提供者並重新安排日期和時間。



- 參加治療時，請始終攜帶您的 Medi-Cal 福利識別卡 (BIC) 和帶照片的身份證件。
- 在預約之前讓您的提供者知道您是否需要傳譯員。
- 告訴您的提供者您所有的醫療問題。您分享的關於您的需求的資訊越完整，您的治療就越成功。
- 如有任何問題，請務必詢問您的提供者。充分理解您在治療期間收到的資訊非常重要。
- 願意與與治療您的提供者建立牢固的工作關係。
- 如果您對您的服務有任何疑問，或者如果您與您的提供者有任何您無法解決的問題，請聯絡所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System。
- 如果您的個人資訊有任何更改，請告訴您的提供者和所在縣的 Drug Medi-Cal Organized Delivery System。這包括地址、電話號碼和任何其他可能影響您參與治療能力的醫療資訊。
- 尊重和禮貌地對待為您提供治療的員工。
- 如果您懷疑存在欺詐或不當行為，請舉報：
 - 衛生保健服務部要求任何懷疑 Medi-Cal 欺詐、浪費或濫用的人撥打 DHCS Medi-Cal 欺詐熱線 **1-800-822-6222**。如果您覺得這是緊急情況，請撥打 **911** 尋求即時幫助。通話是免費的，來電者可以保持匿名。
 - 您還可以透過電子郵件向 fraud@dhcs.ca.gov 或使用 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx> 上的在線表格報告涉嫌欺詐或濫用行為。
 - 有關 ACBH 舉報程序的資訊，請造訪 <https://www.acbhcs.org/plan-administration/whistleblower/> 或
 - 致電：1-844-729-7055；
 - 寫檢舉人報告表
 如需了解更多資訊，您可以查看[舉報政策](#)和[舉報海報](#)。
 - 傳真：(510) 639-1346
 - 電子郵件：ProgIntegrity@acgov.org



- 郵寄：2000 Embarcadero, Suite 400, Oakland, CA 94606 Attn: QA Office



照護過渡申請

我什麼時候可以申請保留我以前和現在的網絡外提供者？

- 加入所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 後，如果出現以下情況，您可以要求保留您的網絡外提供者一段時間：
 - 轉向新的提供者會嚴重損害您的健康，或者會增加您住院或收容的風險；和
 - 在您過渡到所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 之前，您正在接受網絡外提供者的治療。

我如何申請保留我的網絡外提供者？

- 您、您的授權代表或您當前的提供者可以向所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 提交書面請求。您還可以聯絡受益人服務 1-844-682-7215，了解有關如何向網絡外提供者申請服務的資訊。
- 所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 將發送書面確認收到您的請求，並在三 (3) 個工作日內開始處理您的請求。

如果我在過渡到 Drug Medi-Cal Organized Delivery System County 後繼續獲得我網絡外提供者的服務怎麼辦？

- 您可以在從網絡外提供者處獲得服務後的三十 (30) 個日曆日內申請追溯性照護過渡申請。

為什麼所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 會拒絕我的照護過渡申請？



如果出現以下情況，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 可能會拒絕您保留您以前的但現在不在網絡內的提供者的請求：所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 已記錄與提供者有關的護理品質問題。

如果我的照護過渡申請被拒絕會怎樣？

如果所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 拒絕您的照護過渡，其將：

- 以書面形式通知您；
- 為您提供至少一個網絡內替代提供者，該提供者提供與網絡外提供者相同水平的服務；和
- 如果您對拒絕表示不同意，告知您有權提出申訴。

如果所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 為您提供多個網絡內提供者替代方案而您沒有做出選擇，則所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 會將您轉診或分配給網絡內提供者並通知您該轉診或分配的書面形式。

如果我的照護過渡申請獲得批准會怎樣？

在批准您的照護過渡申請後七 (7) 天內，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 將為您提供：

- 申請批准；
- 照護過渡安排的持續時間；
- 在連續照護期結束時將發生的過渡照護的過程；和
- 您有權隨時從所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的提供者網絡中選擇不同的提供者。



我的照護過渡申請將多快得到處理？

- 自所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 收到您的請求之日起三十 (30) 個日曆日內，所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 將完成對您的照護過渡申請的審查。

在我的照護過渡期結束時會發生什麼？

所在縣 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 將在過渡期結束前 30 個日曆日以書面形式通知您有關過渡期結束時將發生的過程，以將您的照護過渡至網絡內提供者。



非歧視通知

歧視是違反法律的行為。阿拉米達縣行為健康 (ACBH) 遵循州和聯邦民權法。ACBH 不會因性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、民族認同、年齡、精神殘疾、身體殘疾、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別而非法歧視、排斥或區別對待他們、性別認同或性取向。

ACBH 提供：

為殘障人士提供免費幫助和服務，幫助他們更好地溝通，例如：

- 合格的手語翻譯
- 其他格式的書面資訊（大字體、盲文、音頻或可造訪的電子格式）

為主要語言不是英語的人提供免費語言服務，例如：

- 合格的傳譯員
- 用其他語言編寫的資訊

如果您需要這些服務，請撥打 1-800-491-9099 聯絡阿拉米達縣全天候 ACCESS 熱線。或者，如果您聽不見或說不清，請致電 (TTY: 711)。根據要求，本文件可以盲文、大字體、音頻或可造訪的電子格式提供給您。

如何提出申訴

如果您認為 ACBH 未能提供這些服務或以其他方式基於性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族裔群體識別、年齡、精神殘疾、身體殘疾、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向進行非法歧視，您可以向阿拉米達縣行為健康消費者援助提出申訴。您可以透過電話、書面或線下提出申訴：

透過電話：週一至週五上午 9 點至下午 5 點之間致電 1-800-779-0787 聯絡消費者援助。或者，如果您聽不見或說不清，請致電 TTY:711。

- 書面：填寫申訴表或寫信寄至：
消費者援助辦公室
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606
- 親臨現場：造訪您的提供者辦公室或心理健康協會，位址為 954 60th Street，Suite 10，Oakland，CA 94608，並說您想提出申訴。
- 申訴表格可在線獲取，請造訪：<https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>。

民權辦公室—加州醫療保健服務部

您還可以透過電話、書面或電子方式向加州醫療保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- 透過電話：致電 **916-440-7370**。如果您說不清或聽不見，請撥打 **711**（加利福尼亞州中繼服務）。
- 書面：填寫投訴表或寫信至：
醫療保健服務部民權辦公室
P.O.Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413
- 投訴表格可在以下網址找到：<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>
- 電子方式：發送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

民權辦公室—美國衛生與公眾服務部

如果您認為自己因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而受到歧視，您也可以向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，透過電話、書面或電子方式：

- 透過電話：致電 **1-800-368-1019**。如果您說不清或聽不見，請致電 **TTY/TDD 1-800-537-7697**

- 書面：填寫投訴表或寫信至：

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

- 投訴表格可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 獲取。

- 電子方式：造訪民權辦公室投訴門戶網站

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

語言標語

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)

يرجى 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 برييل 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 ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ 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 ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx 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 serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (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.