



会员手册

专业心理健康服务和药物 **Medi-Cal**

组织式交付系统

阿拉米达县行为健康部

行政办公室

2000 Embarcadero Cove

Oakland, CA 94606



阿拉米达县行为健康部 ACCESS 计划和帮助热线 7*24
小时全天候开放。

ACCESS 计划： 1-800-491-9099

帮助热线： 1-844-682-7215（听障专线： 711）

生效日期： 2025 年 1 月 1 日¹

¹ 本手册必须在会员首次使用服务时向其提供。

LANGUAGE TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language, contact your service provider or call ACBHD ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available by contacting your service provider or calling ACBHD ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يرجى الإنتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، قم بالاتصال بمزود الخدمة الخاص بك أو اتصل بـ ACBHD ACCESS على الرقم 1-800-491-9099 (TTY: 711). تتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بخط برايل والمطبوعة بحروف كبيرة، وذلك عن طريق الاتصال بمزود الخدمة الخاص بك أو الاتصال بـ ACBHD ACCESS على الرقم 1-800-491-9099 (TTY: 711). كل هذه الخدمات هي خدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է
օգնություն Ձեր լեզվով, զանգահարեք ACBHD
ACCESS 1-800-491-9099 (TTY: 711): Հասանելի են
նաև աջակցման ծառայություններ և ռեսուրսներ
հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար,
օրինակ՝ նյութեր Բրայլի գրատիպով կամ
խոշորատառ տպագրությամբ: Չանգահարեք
ACBHD ACCESS 1-800-491-9099 (TTY: 711): Այս
ծառայությունները տրամադրվում են անվճար:

ឃាសម្ភាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក
សូមទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក ឬហៅទូរសព្ទទៅ
ACBHD ACCESS តាមលេខ 1-800-491-9099
(TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរស្នាប
និងឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏អាច
រកបានផងដែរដោយទាក់ទងទៅ
អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក ឬហៅទូរសព្ទទៅ ACBHD
ACCESS តាមលេខ 1-800-491-9099 (TTY: 711)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

注意：如果您需要使用本民族语言获得帮助，请联系您的服务提供商或拨打 ACBHD ACCESS 电话 1-800-491-9099 (TTY : 711)。通过与您的服务提供商联系或拨打 ACBHD ACCESS 电话 1-800-491-9099 (TTY : 711)，还可获得为残疾人提供的辅助工具和服务，如盲文和大字印刷文件。这些服务均免费。

繁体中文標語 (Cantonese)

注意：若需要以您的語言獲得協助，請連絡您的服務供應商或致電 ACBHD ACCESS，電話號碼為 1-800-491-9099 (TTY : 711)。透過連絡您的服務供應商或致電 ACBHD ACCESS : 1-800-491-9099 (TTY : 711)，亦可獲得為殘障人士提供的輔助工具及服務，例如盲文和大字體印刷文件。這些服務均免費提供。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر نیازمند کمک به زبان خود هستید، با فراهم کننده خدمات خود یا شماره 1-800-491-9099 (TTY: 711) ACBHD ACCESS تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ نیز از طریق تماس با فراهم کننده خدمات خود یا شماره 1-800-491-9099 (TTY: 711) ACBHD ACCESS موجود است. 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। अगर आपको दृष्टि बाधित लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे ब्रेल लिपि में और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ चाहिए तो अपने सेवा प्रदाता से संपर्क करें या ACBHD ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ निःशुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais ua koj hom lus, tiv tauj rau koj tus kws muab kev pab cuam los sis hu rau ACBHD ACCESS ntawm 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 rau neeg dig muag thiab luam tawm ua tus ntawv loj los ntawm kev tiv tauj rau koj tus kws muab kev pab cuam los sis hu rau ACBHD ACCESS ntawm 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 귀하의 서비스 제공자에게 문의하거나 ACBHD ACCESS에 1-800-491-9099 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 귀하의 서비스 제공자에게 연락하거나 ACBHD ACCESS에 1-800-491-9099 (TTY: 711) 번으로 연락하여 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໃຫ້ໂທຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາ ACBHD ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ໂຕພິມໃຫຍ່ ໂດຍໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາ ໂທຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາ ACBHD ACCESS ທີ່ເບີ 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 ACBHD ACCESS 1-800-491-9099 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong-bunx aengx caux ninh mbuo wuaaic mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aamz caux benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx ACBHD ACCESS 1-800-491-9099 (TTY: 711). Naaiv nzie weih 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 ਆਪਣੇ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ACBHD ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਤੁਹਾਡੇ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ACBHD ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, обратитесь к поставщику услуг или позвоните в ACBHD ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (TTY: 711). Помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы, напечатанные шрифтом Брайля или крупным шрифтом, также можно получить, обратившись к поставщику услуг или позвонив в ACBHD ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, comuníquese con su proveedor de servicios o llame a ACBHD ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711). Las ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y letra grande, también están disponibles comunicándose con su proveedor de servicios o llamando a ACBHD ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, makipag-ugnayan sa iyong tagapagbigay ng serbisyo o tumawag sa ACBHD ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: 711). Makukuha rin ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa iyong tagpagbigay ng serbisyo o pagtawag sa ACBHD ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อผู้ให้บริการของคุณหรือติดต่อ ACBHD ACCESS ที่หมายเลข 1-800-491-9099 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการด้วย เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ โดยติดต่อผู้ให้บริการของคุณหรือติดต่อ ACBHD ACCESS ที่หมายเลข 1-800-491-9099 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зверніться до постачальника послуг або зателефонуйте до ACBHD ACCESS за номером 1-800-491-9099 (TTY: 711). Допоміжні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, наприклад, документи, надруковані шрифтом Брайля або великим шрифтом, також можна отримати, звернувшись до свого постачальника послуг або зателефонувавши до ACBHD ACCESS за номером 1-800-491-9099 (TTY: 711). Ці послуги є безкоштовними.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc gọi cho ACBHD ACCESS theo số 1-800-491-9099 (TTY: 711). Khi liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc gọi cho ACBHD ACCESS theo số 1-800-491-9099 (TTY: 711), quý vị cũng sẽ được hỗ trợ và nhận dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ in khổ lớn. Các dịch vụ này đều miễn phí.

目录

其他语言和格式	13
阿拉米达县行为健康部 (ACBHD) 联系信息	14
本手册的目的	17
行为健康服务信息	19
获取行为健康服务	24
选择提供者	35
您使用智能设备访问行为健康记录和提供者目 录信息的权利	39
服务范围	40
可通过电话或远程医疗提供的服务	65
问题解决过程：提出申诉、上诉或请求举行州 公平听证会	66
预先指示	83
权利和责任	85

隐私惯例声明	100
来自您所在县的更多信息	110
禁止歧视声明	114

其他语言和格式

其他语言

如果您需要以自己语言提供的帮助，请拨打 **1-800-491-9099**（听障专线：**711**）。我们还为残疾人士提供辅助工具和服务，如盲文和大字体文件等。拨打 **1-800-491-9099**（听障专线：**711**）。这些服务均免费提供。

其他格式

您可以免费以其他格式获取本文件信息，例如盲文、**20** 号字体大字印刷本、音频和可访问的电子格式。拨打本手册封面上列出的所在县电话号码（听障专线：**711**）。可免费拨打此号码。

口译服务

所在县提供免费的 **24** 小时口译服务，由合格人员提供。您不必请家庭成员或朋友作为口译员。除非有紧急情况，否则我们不鼓励使用未成年人担任口译员。我们免费为您提供口译、语言和文化服务。**7*24** 小时全天候提供帮助。如需语言帮助或获取本手册的其他语言版本，请拨打本手册封面上列出的县电话号码（听障专线：**711**）。可免费拨打此号码。

阿拉米达县行为健康部 (ACBHD) 联系信息

我们将竭诚为您服务。以下县联系信息将帮助您获得所需服务。

重要电话号码	
紧急情况	911
ACBHD 物质使用障碍服务 热线	(844) 682-7215
ACBHD ACCESS 心理健康 服务计划	(510) 346-1000 或 (800) 491-9099
听障专线	711
危机/自杀热线	988
消费者援助热线	(800) 779-0787
患者权利倡导者	(510) 835-2505
健康信息的数字化获取	https://www.acbhcs.org/plan-administration/health-records-request-digital-copy/

索要健康记录副本

<https://www.acbhcs.org/plan-administration/health-records-request/>

ACBHD 公共网站

<https://www.acbhcs.org/>

如果我有自杀念头，我该联络谁？

如果您或您认识的人正处于危机之中，请拨打 **988** 联系自杀与危机生命线，或拨打 **1-800-273-TALK (8255)** 联系国家自杀预防生命线。可以通过 <https://988lifeline.org/> 聊天。

要访问您当地的计划，请拨打上面列出的 24*7 小时全天候访问热线。

本手册中使用的术语：

ACBHD	阿拉米达县行为健康部
BHP	行为健康计划 (Behavioral Health Plan)—ACBHD 针对专业心理健康和物质使用障碍的综合服务在县计划和诊所、签约社区组织、医院和多方面提供者网络内开展。
DMC-ODS	药物 Medi-Cal 组织式交付系统
SMHS	专业心理健康服务
SUD	物质使用障碍

本手册的目的

为什么阅读本手册很重要？

您所在县提供了一项被称为“专业心理健康服务”的心理健康计划。同时，还设立了一个药物 Medi-Cal 组织式交付系统，专门为解决酒精或药物使用问题提供服务（即“物质使用障碍服务”）。这两类服务合称为“行为健康服务”。了解这些服务的相关信息，对于您获取所需的护理极为重要。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。

您将学习：

- 如何通过您所在县获得行为健康服务。
- 您可以获得哪些福利。
- 如果您有疑问或问题该怎么办。
- 您作为您所在县会员的权利和责任。
- 有关您所在县的更多信息，可能会在本手册末尾列出。

如果您现在不打算阅读本手册，请将其妥善保存起来，以便日后阅读。本手册是与您申请 Medi-Cal 福利时收到的那本手册配套使用的。如果您对 Medi-Cal 福

利有任何疑问，可以拨打本手册封面上的电话号码，联系您所在县进行咨询。

我可以在哪里获取有关 **Medi-Cal** 的更多信息？

请访问卫生保健服务部网站

<https://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/eligibility/Pages/Beneficiaries.aspx>，详细了解 Medi-Cal。

行为健康服务信息

如何判断您或您认识的人是否需要帮助？

许多人在生活中都会经历困难时期，并可能出现心理健康或物质滥用的情况。最重要的是要记住，帮助无处不在。如果您或您的家人有资格获得 **Medi-Cal** 福利并需要行为健康服务，您应拨打本手册封面上所列的 **24*7** 小时全天候服务热线。如果管理式医疗计划认为您或您的家人需要管理式医疗计划未承保的行为健康服务，您的管理式医疗计划还可以帮助您联系您所在县。您所在县将帮助您找到您可能需要的提供者。

下面的列表可以帮助您决定您或您的家人是否需要帮助。如果出现多种症状，或者某个症状持续很长时间，则可能表明存在更严重的问题，需要专业帮助。以下是一些可能表明您需要针对心理健康状况或物质使用状况寻求帮助的常见迹象：

想法和感受方面

- 情绪剧烈变化，可能毫无原因，例如：
 - 过度担忧、焦虑或恐惧
 - 过度悲伤或情绪低落

- 过度兴奋，感觉处于世界之巅
- 长时间情绪多变或愤怒
- 有自杀念头
- 一心只想获取和使用酒精或药物
- 难以解释的注意力、记忆力或逻辑思维及言语问题
- 难以解释的听觉、视觉或感觉问题，或大多数人表示不存在的问题

身体方面

- 许多身体问题，可能无明显原因，例如：
 - 头痛
 - 胃痛
 - 睡得太多或太少
 - 吃得太多或太少
 - 说话含糊不清

- 容貌衰退或对外貌过度关注，例如：
 - 体重突然减轻或增加
 - 眼睛发红，瞳孔异常放大
 - 口气、身体或衣物上有异味

行为方面

- 因心理健康状况变化或饮酒、吸毒而导致行为产生后果，例如：
 - 在工作或学习中遇到问题
 - 与他人、家人或朋友的关系出现问题
 - 忘记自己的承诺
 - 无法进行日常活动
- 回避朋友、家人或社交活动
- 表现出隐秘行为或秘密寻求金钱支持
- 因心理健康状况的变化或饮酒、吸毒行为，而卷入法律纠纷中

21 岁以下的会员

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出现了行为健康问题的迹象，您可以联系您所在县或管理式医疗计划，为他们安排筛查和评估。如果您的孩子或青少年符合加入 Medi-Cal 的资格，且筛查或评估结果显示他们需要行为健康服务，那么所在县会为他们安排接受相应的服务。此外，如果您的管理式医疗计划认为您的孩子或青少年需要该计划不承保的行为健康服务，他们也可以帮助您联系您所在县。同时，对于为人父母而感到压力的父母也可以享受相关服务。

如果主治专业人员认为 12 岁或以上的未成年人已经足够成熟，可以参加行为健康服务或住宿收容服务，那么未成年人接受门诊心理健康服务或住宿收容服务可能不需要父母同意。12 岁或以上的未成年人在接受治疗物质使用障碍相关问题的医疗护理和咨询时，可能无需父母同意。除非主治专业人员在与未成年人咨询后认为其父母或监护人的参与不适宜，否则需要父母或监护人的参与。

下面的列表可以帮助您判断您的孩子或青少年是否需要帮助。如果出现多种症状或某个症状持续很长时间，则您的孩子或青少年可能存在更严重的问题，需要寻求专业帮助。

以下是一些需要注意的迹象：

- 难以集中注意力或保持不动，使他们处于身体危险之中，或在学校引发问题
- 强烈的担忧或恐惧影响了日常活动
- 突然无缘无故地感到极度恐惧，有时伴有心跳加速或呼吸急促
- 持续两周或更长时间感到非常悲伤或远离他人，影响日常活动
- 情绪波动剧烈，导致人际关系出现问题
- 行为发生巨大变化
- 不进食、呕吐或使用药物来减轻体重
- 反复使用酒精或药物
- 严重、失控的行为，可能伤害自己或他人
- 认真地计划或试图伤害自己或自杀
- 反复打架、使用武器或蓄意伤害他人

获取行为健康服务

我如何获得行为健康服务？

如果您认为自己需要行为健康服务，例如心理健康服务和/或物质使用障碍服务，您可以使用本手册封面上列出的电话号码致电您所在县。您联系所在县后，您将接受筛查并为您安排预约进行进一步的评估。

如果您是管理式医疗计划的会员，您也可以向该计划申请行为健康服务。如果管理式医疗计划确定您符合行为健康服务的获取标准，该计划将帮助您通过您所在县进行评估，以便接受行为健康服务。总之，获取行为健康服务的途径没有绝对的对错。您不仅可以通过所在县获得行为健康服务，还可能通过您的管理式医疗计划获得额外的支持。只要您的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一致、没有重复的，您就可以通过您的行为健康提供者来获取这些服务。

此外，请记住以下几点：

- 您可能会由其他人或组织（包括您的全科医生/普通医师、学校、家庭成员、监护人、管理式医疗计划或其他县属机构）转介至您所在县以获取行为健康服务。通常情况下，除非出现紧急情况，

否则您的医生或管理式医疗计划需要获得您的同意或儿童父母/监护人的许可，才能直接向您所在县进行转介。

- 您所在县必须接受进行初步评估的请求，以评估您是否符合接受行为健康服务的标准。
- 行为健康服务可以由您所在县或该县签约的其他提供者（如诊所、治疗中心、社区组织或个体提供者）提供。

我可以在哪里获得行为健康服务？

您可以在您居住所在县内获得行为健康服务，必要时也可以到县外寻求服务。每个县都为儿童、青少年、成人和老年人提供行为健康服务。如果您未满 21 岁，您有资格获得早期和定期筛查、诊断及治疗服务提供的额外保险和福利。有关更多信息，请参阅本手册中的“早期和定期筛查、诊断及治疗”部分。

您所在县将帮助您找到能够满足您需求的提供者。您所在县必须为您转介至离您家最近的提供者，或者在符合时间或距离标准的前提下，为您转介至能够满足您需求的提供者。

我何时可以获得行为健康服务？

您所在县在为您安排服务时，必须遵守预约时间标准。对于心理健康服务，所在县必须按照以下时间为您提供预约：

- 在您提出开始接受心理健康计划服务的非紧急请求后，**10**个工作日内；
- 如果您因紧急情况请求服务，**48**小时内；
- 在您提出非紧急精神科医生预约请求后，**15**个工作日内；
- 对于持续性疾病的非紧急后续预约，在上次预约后的**10**个工作日内。

对于物质使用障碍服务，您所在县必须按照以下时间为您预约：

- 在您提出开始接受物质使用障碍提供者门诊服务和密集门诊服务的非紧急请求后，**10**个工作日内；
- 在您请求麻醉治疗计划服务后，**3**个工作日；

- 如果您正在接受持续性物质使用障碍的治疗，除治疗提供者指定的某些情况外，非紧急的后续预约应在 **10** 天内进行。

然而，如果您的提供者认为更长的等待时间在医疗上是适当的，且不会对您的健康造成损害，那么上述预约时间可能会相应延长。如果您被告知已被列入等待名单，并且您认为等待的时间对您的健康有害，请拨打本手册封面上列出的电话号码联系您所在县。您有权在未能及时获得护理时提出申诉。有关提出申诉的更多信息，请参阅本手册中的“申诉流程”部分。

什么是紧急服务？

紧急服务是为遭遇突发医疗状况（包括精神健康紧急医疗状况）的会员提供的。紧急医疗状况是指症状极为严重（可能包括剧烈疼痛），以至于一个普通人会合理地预期以下情况可能随时发生：

- 个人的健康（或未出生婴儿的健康）可能会遇到严重问题
- 身体机能可能受到严重损害
- 身体的某个器官或部位可能遭受严重损伤

当普通人认为某人出现以下情况，则发生了精神紧急医疗状况：

- 由于心理健康状况或疑似心理健康状况，当前对自己或他人构成危险。
- 由于心理健康状况或疑似心理健康状况，立即无法自行获取食物、穿衣或寻找住所。

Medi-Cal 会员可以享受 7*24 小时全天候紧急服务。紧急服务无需事先授权。**Medi-Cal** 计划将承保所有紧急状况，无论这些状况是由于身体健康问题还是心理健康问题（即与自己或他人相关的思想、情感、行为成为困扰和/或功能障碍的来源）引起的。如果您加入了 **Medi-Cal**，即使后来证明并非紧急情况，您也无需为前往急诊室支付任何费用。如果您认为自己正处于紧急状况，请拨打 **911** 或前往任何医院或其他医疗机构寻求帮助。

谁决定我将获得哪些服务？

您、您的提供者以及所在县将共同参与决定您需要接受哪些服务。一位行为健康专业人士将与您交谈，并帮助您确定所需的服务类型。

您无需确认自己是否患有行为健康方面的疾病或特定状况，即可寻求帮助。在您的提供者完成评估的过程中，您将能够先接受一些服务。

如果您未满 21 岁，且因创伤、被纳入儿童福利系统、涉及青少年司法问题或无家可归等原因而患有行为健康问题，您同样有资格获得行为健康服务。此外，如果您未满 21 岁，您所在县必须提供医疗上必要的服务来帮助改善您的行为健康状况。那些能够维持、支持、改善或减轻行为健康状况的服务，均被视为在医疗上必要或具有医疗必要性。

某些服务可能需要所在县的事先授权。需要事先授权的服务包括：密集居家服务、日间密集治疗、日间康复、治疗行为服务、治疗寄养以及物质使用障碍住宿服务。您可以向所在县咨询更多关于事先授权流程的信息。请拨打本手册封面上的电话号码联系您的所在县，以获取更多相关信息。

所在县的事先授权流程必须遵循特定的时间期限。

- 对于标准物质使用障碍服务授权，所在县必须在 14 个日历日内对您的提供者的请求做出决定。

- 如果您或您的提供者提出请求，或者所在县认为从您的提供者处获取更多信息符合您的利益，期限可以延长最多另外 **14** 个日历日。例如，当所在县认为，如果从您的提供者处获得额外信息，可能能够批准其授权请求，而没有这些信息则必须拒绝请求时，延长期限可能符合您的利益。如果所在县决定延长期限，将向您发送书面通知，告知延期情况。
- 对于标准的事先心理健康授权，所在县必须根据您的病情需要，尽快对您的提供者的请求做出决定，但不得超过自收到请求之日起的五个 (5) 工作日。
 - 例如，如果遵循标准时间期限可能会严重危及您的生命、健康或达到、保持或恢复最大功能的能力，您所在县必须加快授权决定，并在与您的健康状况相关的时间期限内，最迟在收到服务请求后的 **72** 小时内发出通知。如果您或您的提供者请求延期，或者所在县能够提供延期符合您最佳利益的正当理由，所在县可以在收到请求后延期最多另外 **14** 个日历日。

在这两种情况下，如果所在县延长了提供者授权请求的期限，将向您发送书面通知告知延期情况。如果所在县未在规定的期限内做出决定，或者拒绝、延迟、减少或终止了所请求的服务，所在县必须向您发送一份《不利权益裁定通知书》，告知您服务被拒绝、延迟、减少或终止，同时通知您有权提出申诉，并提供关于如何提出申诉的信息。

您可以向所在县咨询更多关于其授权流程的信息。

如果您不同意所在县关于授权流程的决定，您可以提出申诉。有关更多信息，请参阅本手册中的“问题解决”部分。

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您的病情。对于 21 岁及以上的会员，当服务对于保护您的生命、预防重大疾病或残疾，或缓解严重疼痛是合理且必要时，则该服务被视为具有医疗必要性。

对于 21 岁以下的会员，如果某项服务能够纠正、维持、支持、改善或减轻行为健康状况，则该服务被视为具有医疗必要性。那些能够维持、支持、改善或减轻行为健康状况的服务，被视为具有医疗必要性，并纳入早期和定期筛查、诊断及治疗服务的覆盖范围。

如何获取所在县未承保的其他心理健康服务？

如果您参加了管理式医疗计划，您可以通过该计划获得以下门诊心理健康服务：

- 心理健康评估和治疗，包括个人、团体和家庭治疗。
- 心理和神经心理学测试（当临床表明评估心理健康状况时）。
- 以监测处方药为目的的门诊服务。
- 心理咨询。

要获取上述任一项服务，请直接联系您的管理式医疗计划。如果您没有参加管理式医疗计划，您可能能够从接受 Medi-Cal 的个体提供者和诊所获得这些服务。所在县可能能够帮助您找到合适的提供者或诊所。

任何接受 Medi-Cal 的药店都可以为您开具治疗心理健康状况的处方。请注意，药店分发的大多数处方药物（称为 Medi-Cal Rx）是由按服务收费的 Medi-Cal 计划承保的，而不是由您的管理式医疗计划承保。

管理式医疗计划或 **Medi-Cal**“按服务收费”计划还提供哪些物质使用障碍服务？

管理式医疗计划必须在初级保健机构提供承保的物质使用障碍服务，以及烟草、酒精和非法药物筛查。还必须为怀孕会员提供物质使用障碍服务，并为 11 岁及以上的会员提供酒精和药物使用筛查、评估、简短干预以及转介至适当的治疗机构。管理式医疗计划必须提供或安排在初级保健、住院医院、急诊科和其他签约医疗机构中提供的成瘾治疗药物（也称为药物辅助治疗）服务。此外，管理式医疗计划还必须提供必要的紧急服务，以稳定会员的状况，包括自愿住院戒毒服务。

我如何获得其他 **Medi-Cal** 服务（初级保健/**Medi-Cal**）？

如果您参加了管理式医疗计划，那么所在县负责为您寻找提供者。如果您没有参加管理式医疗计划，而是拥有“常规”**Medi-Cal**，也称为按服务收费 **Medi-Cal**，那么您可以前往任何接受 **Medi-Cal** 的提供者处就医。在开始接受服务之前，您必须告知提供者您拥有 **Medi-Cal**。否则，您可能需要自行承担这些服务的费用。对于家庭规划服务，您可以选择管理式医疗计划以外的提供者。

为什么我可能需要精神科住院服务？

如果您患有某种心理健康状况或表现出心理健康问题的迹象，且这些情况无法在较低级别的医疗机构得到安全治疗，那么您可能会被收入医院。由于这种心理健康状况或症状，您可能：

- 对您自己、他人或财产构成危险。
- 无法自行满足基本生活需求，如饮食、穿衣或住宿。
- 对您的身体健康构成严重威胁。
- 近期因心理健康状况导致身体机能能力显著下降。
- 需要精神科评估、药物治疗或其他仅能在医院提供的治疗。

选择提供者

如何找到我所需的行为健康提供者？

您所在县有义务在线发布最新的服务提供者目录。您可以在本手册的“县联系方式”部分找到提供者目录的链接。该目录包含了提供者的位置信息、所提供的服务种类，以及其他帮助您获取护理的信息，包括提供者所提供的文化和语言服务相关信息。

如果您对当前的提供者有疑问，或者希望获取最新的提供者目录，请访问您所在县的官方网站，或使用本手册封面上的电话号码。如果您提出要求，我们可以以书面形式或通过邮寄向您提供提供者名单。

注意：所在县可能会对您选择提供者设定一些限制。当您首次开始接受行为健康服务时，您可以要求所在县为您至少提供两名提供者的初始选择。所在县还必须允许您更换提供者。如果您要求更换提供者，所在县应尽可能为您至少提供两名提供者以供选择。所在县有责任确保您能及时获得护理，并且确保您附近有足够提供者，以保证您在需要时能够获得承保的行为健康服务。

有时，所在县签约的提供者可能会选择不再提供行为健康服务，因为他们可能不再与所在县签订合同，或者不再接受 Medi-Cal。当这种情况发生时，县里必须尽诚信之责，向每位曾从该提供者处接受服务的人发出书面通知。您应在服务终止生效日期前 30 天或所在县得知提供者将停止工作后的 15 天内收到通知。在这种情况下，如果您和提供者均同意，所在县必须允许您继续从已离开所在县的提供者处接受服务。这被称为“持续护理”，以下将对此进行解释。

注意：符合 Medi-Cal 参与资格且居住在已加入药物 Medi-Cal 组织式交付系统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药物 Medi-Cal 组织式交付系统服务。

我能继续从当前的提供者处接受专业心理健康服务吗？

如果您已经通过管理式医疗计划在接受心理健康服务，那么即使您同时从另一位心理健康提供者处接受服务，您仍然可以继续从原有的提供者处接受护理，前提是两位提供者之间能够协调服务，且所提供的服务内容不重复。

此外，如果您已经在接受其他心理健康计划、管理式护理计划或个人 Medi-Cal 提供者的服务，您可以申请“持续护理”，以便您可以继续接受当前提供者的服务，最长可达 12 个月。如果您需要继续留在当前提供者处以维持正在进行治疗，或者更换新提供者会对您的心理健康状况造成严重损害，您可能会希望申请持续护理。在以下情况下，您的持续护理申请可能会获得批准：

- 您与所申请的提供者有持续的关系，并且在过去 12 个月内曾接受过该提供者的服务；
- 您需要继续留在当前提供者处以维持正在进行治疗，以防止对您的健康造成严重损害或减少需住院或进入机构照顾的风险。
- 提供者合格并符合 Medi-Cal 要求；
- 提供者同意心理健康计划关于与心理健康计划签订合同和支付服务费用的要求；
- 提供者愿意向所在县提供与您服务需求相关的必要文件和资料。

我可以继续从当前的提供者处接受物质使用障碍服务吗？

如果您满足以下条件，您可以申请在一段时间内继续保留您的非网络内提供者：

- 您与所申请的提供者之间保持着持续的服务关系，并且在您转入药物 Medi-Cal 组织式交付系统所在县之前曾接受过该提供者的服务；
- 您需要继续留在当前提供者处以维持正在进行的治疗，以防止对您的健康造成严重损害或减少需住院或进入机构照顾的风险。

您使用智能设备访问行为健康记录和提供者目录 信息的权利

您可以通过在计算机、智能平板电脑或移动设备上下载的应用程序来访问您的行为健康记录或查找提供者。在选择以这种方式获取信息的应用程序之前，您可以在本手册的“县联系方式”部分列出的您所在县的网站上找到相关需考虑信息。

服务范围

如果您符合获取行为健康服务的标准，那么根据您的需求，以下服务可供您选择。您的提供者将与您一起决定哪些服务最适合您。

专业心理健康服务

心理健康服务

- 心理健康服务是一种以个人、团体或家庭为基础的治疗服务，可帮助有心理健康问题的人培养应对日常生活的技巧。这些服务还包括提供者帮助护理接受者获得更好的服务而所做的工作。这些类型的事情包括：评估以查看您是否需要该服务以及该服务是否有效；规划治疗以决定您的心理健康治疗目标和将提供的具体服务；“并行”，这意味着与家人和您生活中的重要人物（如果您允许）一起合作，以帮助您改善或维持您的日常生活能力。
- 心理健康服务可以在诊所或提供者的办公室、您的家中或其他社区场所、通过电话或远程医疗（包括仅音频和视频互动）提供。所在县和提供者将与您一起确定服务/预约的频率。

药物支持服务

- 这些服务包括精神科药物的处方、管理、开处方和监测。您的提供者还可以提供有关药物的教育。这些服务可以在诊所、医生办公室、您的家中、社区场所、通过电话或远程医疗（包括仅音频和视频互动）提供。

针对性个案管理

- 这项服务旨在帮助会员获取医疗、教育、社交、职业前、职业、康复或其他社区服务，特别是当这些服务对于有心理健康状况的人来说难以自行获取时。针对性个案管理包括但不限于：
 - 计划制定；
 - 沟通、协调和转介；
 - 监测服务提供情况，以确保个人能够获得服务并顺利进入服务提供系统；
 - 监测个人的进展。

危机干预服务

- 该服务可用于解决需要立即关注的紧急情况。危机干预的目标是帮助社区中的人员，确保他们无需住院治疗即可度过难关。危机干预服务可持续长达八小时，并可在诊所、提供者办公室、您的家中或其他社区场所提供。这些服务也可以通过电话或远程医疗方式进行。

危机稳定服务

- 该服务可用于解决需要立即关注的紧急情况。危机稳定服务持续时间少于 24 小时，且必须在持有 24 小时医疗服务执照的医疗机构、医院门诊计划或经认证可提供此类服务的提供者场所提供。

成人住宿治疗服务

- 这些服务为居住在持牌住宿机构中、有心理健康问题的人员提供心理健康治疗，不仅帮助他们提升生活技能，还为他们提供全天候的住宿治疗支持。这些服务 7*24 小时全天候提供。Medi-Cal 并不承保在这些机构中的住宿和餐饮费用。

危机住宿治疗服务

- 这些服务为经历严重精神或情绪危机的人员提供心理健康治疗和技能培养。不适合需要在医院接受精神科护理的人员。此项服务在持牌机构中 7*24 小时全天候提供。Medi-Cal 不承保这些机构的食宿费用。

日间治疗密集型服务

- 这是一项结构化的心理健康治疗计划，提供给可能需要住院或其他全天候护理机构的群体。该计划每天持续三小时。它包括治疗、心理治疗和技能培养活动。

日间康复

- 该计划旨在帮助有心理健康问题的人学习和培养应对技巧和生活技能，以更好地控制他们的症状。每天至少持续三个小时。它包括治疗和技能培养活动。

精神科住院服务

- 这些服务在持牌精神科医院中提供。由具有执业资格的心理健康专业人员判断某人是否需要因其心理健康状况而接受全天候密集治疗。若该专业人员认为患者需要全天候治疗，则患者必须每天 24 小时留在医院内。

精神卫生机构服务

- 这些服务在持牌的精神科健康机构中提供，该机构专门为严重心理健康状况提供 24 小时的康复性治疗。精神健康机构必须与附近的医院或诊所达成协议，以满足机构内人员的身体健康护理需求。精神科健康机构仅可接收和治疗那些没有需要超出普通门诊治疗范围的身体疾病或伤害的患者。

治疗行为服务

治疗行为服务是为 21 岁以下会员提供的密集型短期门诊治疗干预。这些服务针对每位会员的具体情况设计。接受这些服务的会员存在严重的情绪障碍，正在经历压力大的转变或生活危机，并且需要额外的短期、特定支持服务。

这些服务是所在县提供的一种专门的心理健康服务，适用于有严重情绪问题的个体。要获得治疗行为服务，您必须接受心理健康服务，年龄在 21 岁以下，并且拥有全面范围的 Medi-Cal。

- 如果您住在家里，治疗行为服务的工作人员可以与您一对一合作，以减少严重的行为问题，尽量让您不需要去接受更高级别的护理，例如为 21 岁以下有严重情绪问题的儿童和年轻人设立的集体之家。
- 如果您目前处于非家庭环境中，治疗行为服务工作人员可以与您合作，以便您能够搬回家或安置到一个充满家庭氛围的环境中，比如寄养家庭。

治疗行为服务将帮助您和您的家人、看护人或监护人学习解决问题行为的新方法，以及增加有助于您取得成功的行为种类的方法。您、治疗行为服务人员和您的家人、看护人或监护人将作为一个团队共同努力，在短时间内解决问题行为，直到您不再需要这些服务。您将获得一份治疗行为服务计划，明确您、您的家人、看护人或监护人以及治疗行为服务工作人员在接受服务期间各自的职责。该计划还将包括服务时间和地点。治疗行为服务工作人员可以在您可能需要帮助的大多数地方为您提供帮助。这些地方包括您的

家、寄养家庭、学校、日间治疗计划和社区的其他区域。

密集护理协调

这是一项有针对性的个案管理服务，旨在为 21 岁以下会员提供评估、护理计划和服务协调。这项服务面向有资格获得全面范围 Medi-Cal 服务，并出于医疗必要性被转介至该服务的个体。该服务遵循综合核心实践模型的原则提供。其中包括组建儿童与家庭团队，以确保儿童、其家庭以及相关的儿童服务系统之间建立健康的沟通关系。

儿童与家庭团队由专业支持人员（例如：来自儿童服务机构的护理协调员、提供者和个案管理员）、自然支持人员（例如：家庭成员、邻居、朋友和宗教人士）以及其他人员组成，他们共同制定并执行客户计划。这个团队为儿童和家庭提供支持，确保他们实现自己的目标。

这项服务还设有一名协调员，其职责如下：

- 确保以基于优势、个性化、客户驱动、文化和语言适宜的方式获取、协调和提供具有医疗必要性的服务。

- 确保服务和支持基于儿童的需求。
- 建立一种机制，促进儿童、家庭、提供者等各方之间的协作。
- 支持父母/照料者满足儿童的需求。
- 帮助建立儿童和家庭团队并提供持续支持。
- 确保儿童在需要时能够得到其他儿童服务系统的照顾。

密集居家服务

- 这些服务针对每位会员的具体情况进行个性化设计。包括基于优势的干预措施，以改善可能干扰儿童/青少年正常功能的心理健康状况。这些服务的目的是帮助儿童/青少年培养必要的技能，以便在家庭和社区中更好地发挥功能，并提高家庭支持他们实现此目的的能力。
- 密集居家服务由儿童与家庭团队在综合核心实践模型下提供。它依据家庭的整体服务计划进行。这些服务提供给 21 岁以下且有资格获享全面范围 Medi-Cal 服务的会员。需要基于医疗必要性的转介才能接受这些服务。

治疗寄养护理

- 治疗寄养护理服务模式允许为 21 岁以下有复杂情绪和行为需求的儿童提供短期、密集、了解创伤的专业心理健康服务。这些服务针对每位会员的具体情况个性化设计。在治疗寄养护理中，儿童会被安置在经过培训、监督和支持的治疗寄养护理父母家中。

司法涉案人员再融入社会服务

- 为即将刑满释放的人员在释放前最多 90 天内提供健康服务。所提供的服务类型包括再融入社会个案管理、行为健康临床咨询服务、同伴支持、行为健康咨询、治疗、患者教育、药物服务、出院后及出院规划、实验室及放射学服务、药物信息、支持服务，以及协助注册合适的提供者（例如，毒品治疗计划，以便在出院后继续接受药物辅助治疗）。要获得这些服务，个人必须是 Medi-Cal 或 CHIP 会员，并且：
 - 如为 21 岁以下青少年，被羁押在青少年管教设施中。
 - 如为成年人，被羁押且符合该计划的一项健康护理需求。

- 如需了解更多关于这项服务的信息，请使用手册封面上的电话号码联系您所在县。

Medi-Cal 同伴支持服务（因县而异）

- Medi-Cal 同伴支持服务通过一系列结构化活动，促进康复进程，增强韧性，提升参与度，促进社交互动，培养自给自足能力，鼓励自我倡导，拓展自然支持网络，并助力个人发现并发挥自身优势。这些服务既可以提供给您，也可以提供给您指定的重要支持人员，并且可以在您接受其他心理健康服务的同时一并获得。在 Medi-Cal 同伴支持服务中，同伴支持专家是那些曾经有过行为健康或物质使用问题并已成功康复的个体，他们已完成了州批准的县级认证程序的要求，获得了所在县的认证，并在持有州颁发许可证、豁免权或注册资格的行为健康专业人员的指导下提供这些服务。
- Medi-Cal 同伴支持服务包括一对一和小组辅导、教育技能提升小组、资源导航指引、鼓励参与行为健康治疗的引导服务，以及促进自我倡导等治疗性活动。

- 21 岁以下的会员，无论居住在哪个县，都有资格获得早期和定期筛查、诊断及治疗服务。
- 对于参与该计划的县而言，提供 Medi-Cal 同伴支持服务是可选的。请参阅本手册末尾的“关于您所在县的更多信息”部分，以了解您所在县是否提供这项服务。

移动危机服务

- 若您正处于心理健康危机中，可获得移动危机服务。
- 移动危机服务由医疗保健提供者在您发生危机的地点提供，包括您的家中、工作场所、学校或其他社区地点（医院或其他机构环境除外）。移动危机服务全年无休 7*24 小时全天候提供。
- 移动危机服务包括快速响应、个人评估以及基于社区的稳定化服务。如果您需要进一步的护理，移动危机提供者还将提供无缝转接或转介至其他服务。

物质使用障碍服务

什么是药物 Medi-Cal 组织式交付系统所在县服务？

药物 Medi-Cal 组织式交付系统所在县服务旨在为那些有物质使用问题的人群提供帮助，即那些可能滥用酒精或其他药物的人，或那些可能存在物质使用问题发展风险、而儿科医生或全科医生可能无法治疗的人。这些服务还包括提供者帮助护理接受者获得更好的服务而所做的工作。这类工作包括评估，以确定您是否需要该服务以及该服务是否有效。

药物 Medi-Cal 组织式交付系统服务可以在诊所、提供者办公室、您的家中或其他社区场所提供，也可以通过电话或远程医疗服务（包括仅音频和视频互动）进行。所在县和提供者将与您一起确定服务/预约的频率。

美国成瘾医学会 (ASAM)

您所接受的药物 Medi-Cal 组织式交付系统服务中，部分服务是依据美国成瘾医学会的标准来提供的。如需必要，所在县或提供者将利用 ASAM 的工具来为您量身定制最适合的服务类型。这些服务类型被划分为不同的“护理级别”，具体定义如下。

筛查、评估、简短干预及转介治疗（美国成瘾医学会 0.5 级）

酒精和药物筛查、评估、简短干预及转介治疗 (SABIRT) 不是药物 Medi-Cal 组织式交付系统服务的一项福利。而是 Medi-Cal 按服务收费计划及管理式医疗交付系统中为 11 岁及以上会员提供的一项福利。管理式医疗计划必须提供所承保的物质使用障碍服务，包括为 11 岁及以上会员提供的这项 SABIRT 服务。

早期干预服务

早期干预服务是针对 21 岁以下会员提供的药物 Medi-Cal 组织式交付系统 (MDS) 承保的服务。任何 21 岁以下的会员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承保的任何服务作为早期干预服务。为 21 岁以下的会员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、诊断及治疗

21 岁以下的会员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、诊断及治疗”的福利获得额外的 Medi-Cal 服务。

为了能够获得早期和定期筛查、诊断及治疗服务，会员必须年满 21 岁以下且有资格获享全面范围 Medi-Cal 服务。这项福利涵盖了具有医疗必要性的服务，以纠正或改善身体和行为健康状况。维持、支持、改善或减轻病情的服务被视为有助于病情，并包含在“早期和定期筛查、诊断及治疗”服务中。21 岁以下会员的获取标准与成年人获取药物 Medi-Cal 组织化服务交付系统的标准相比，更为灵活且有所不同。这一差异旨在满足早期和定期筛查、诊断及治疗的服务要求，并体现了对物质使用障碍状况进行预防和早期干预的意图。

如果您对这些服务有任何疑问，请致电您所在县或访问 [DHCS 早期和定期筛查、诊断及治疗网页](#)。

门诊治疗服务（美国成瘾医学会 1 级）

- 在具有医疗必要性时，为会员提供每周最多 9 小时的咨询服务，并为 21 岁以下的会员提供每周 6 小时以下的咨询服务。根据您的需求，您可能会获得更多小时的咨询服务。服务可以由具有执业资格的人员（如咨询师）亲自提供，也可以通过电话或远程医疗服务提供。

- 门诊服务包括评估、护理协调、咨询（个人和团体）、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。

密集门诊服务（美国成瘾医学会2.1 级）

- 在具有医疗必要性时，为会员提供每周至少 9 小时、最多 19 小时的密集门诊服务，并为 21 岁以下的会员每周至少 6 小时、最多 19 小时的密集门诊服务。根据个人医疗需求，服务时间可能会超过最大时限。服务内容主要是关于成瘾相关问题的咨询和教育。服务可以由有执业资格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。
- 密集门诊服务与普通门诊服务包含的内容相同。主要区别在于服务时长更长。

日间住院（因县而异）（美国成瘾医学会2.5 级）

- 21 岁以下的会员，无论居住在哪个县，都能获得早期和定期筛查、诊断及治疗服务。

- 根据医疗需要，日间住院服务每周提供 20 小时或更多小时的服务。日间住院计划可以直接获得精神科、医疗和实验室服务，并满足确定的需求，这些需求需要日常监测或管理，但可以在诊所内得到适当解决。可以线下、通过远程医疗或电话提供服务。
- 日间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。

住宿治疗（需经所在县授权）（美国成瘾医学会 3.1-4.0 级）

- 住宿治疗是为被诊断为物质使用障碍的会员提供康复服务的计划，当认定具有医疗必要性时提供。会员应居住在治疗机构内，并在努力改变、维持、应用人际交往和独立生活技能的过程中得到社区支持系统的支持。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宿治疗期间提供服务。提供者和居民共同确定障碍、设定优先级、建立目标并解决与物质使用障碍相关的问题。目标包括不使用物质、为复发诱因做好准备、改善个人健康和社交技能，以及参与长期护理。

- 住宿服务需要事先获得药物 Medi-Cal 组织式交付系统所在县授权。
- 住宿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。
- 住宿服务提供者必须直接在现场提供成瘾治疗药物，或协助在现场外获得成瘾治疗药物。住宿服务提供者仅提供成瘾治疗提供者的药物联系信息，不满足此要求。住宿提供者必须向药物 Medi-Cal 组织式交付系统承保的会员提供和开具药物处方。

住院治疗服务（需经所在县授权）（因县而异） （美国成瘾医学会 3.1-4.0 级）

- 21 岁以下的会员，无论居住在哪个县，都有资格获得早期和定期筛查、诊断及治疗服务。
- 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

- 麻醉治疗计划是医院外实施的计划，需要医生根据医疗需要开立医嘱以提供药物来治疗物质使用障碍。麻醉治疗计划必须向会员提供药物，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会员提供 **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、护理管理、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。这些服务可以在完成全面评估之前提供。戒断管理服务可在门诊、住宿或住院环境中提供。
- 无论在何种环境中，都应在戒断管理过程中对会员进行监测。在住宿或住院环境中接受戒断管理的会员应住在该地点。具有医疗必要性的适应性训练和康复服务由有执业资格的医师或开具处方者开具处方。
- 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。

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。会员有权在现场或通过机构外的转介获得成瘾治疗药物。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（商品名：Sublocade）
- 盐酸丁丙诺啡/纳洛酮
- 盐酸纳洛酮
- 纳曲酮（口服）
- 纳曲酮微球注射剂（商品名：Vivitrol）
- 盐酸洛非西定（商品名：Lucemyra）
- 双硫仑（商品名：Antabuse）
- 美沙酮（由麻醉治疗计划提供）
- 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。成瘾治疗药物可能作为所有药物 Medi-Cal 组织式交付系统服务的一部分提供，例如门诊治疗服务、密集门诊服务和住宿治疗。

- 会员也可以在药物 Medi-Cal 组织式交付系统所在县以外获得成瘾治疗药物。例如，用于治疗成瘾的药物（包括纳洛酮）可以由与您的管理式护理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。

司法涉案人员再融入社会服务

- 为即将刑满释放的人员在释放前最多 90 天内提供健康服务。所提供的服务类型包括再融入社会个案管理、行为健康临床咨询服务、同伴支持、行为健康咨询、治疗、患者教育、药物服务、出院后及出院规划、实验室及放射学服务、药物信息、支持服务，以及协助注册合适的提供者（例如，毒品治疗计划，以便在出院后继续接受药物辅助治疗）。要获得这些服务，个人必须是 Medi-Cal 或 CHIP 会员，并且：
 - 如为 21 岁以下青少年，被羁押在青少年管教设施中。
 - 如为成年人，被羁押且符合该计划的一项健康护理需求。
- 如需了解更多关于这项服务的信息，请使用手册封面上的电话号码联系您所在县。

Medi-Cal 同伴支持服务（因县而异）

- Medi-Cal 同伴支持服务通过一系列结构化活动，促进康复进程，增强韧性，提升参与度，促进社交互动，培养自给自足能力，鼓励自我倡导，拓展自然支持网络，并助力个人发现并发挥自身优势。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药物 Medi-Cal 组织式交付系统服务的同时获得。在 Medi-Cal 同伴支持服务中，同伴支持专家是那些曾经有过行为健康或物质使用问题并已成功康复的个体，他们已完成了州批准的县级认证程序的要求，获得了所在县的认证，并在持有州颁发许可证、豁免权或注册资格的行为健康专业人员的指导下提供这些服务。
- Medi-Cal 同伴支持服务包括一对一和小组辅导、教育技能提升小组、资源导航指引、鼓励参与行为健康治疗的引导服务，以及促进自我倡导等治疗性活动。
- 21 岁以下的会员，无论居住在哪个县，都有资格获得早期和定期筛查、诊断及治疗服务。

- 对于参与该计划的县而言，提供 Medi-Cal 同伴支持服务是可选的。请参阅本手册末尾的“关于您所在县的更多信息”部分，以了解您所在县是否提供这项服务。

康复服务

- 康复服务可以是您康复和保健过程中的重要组成部分。康复服务能帮助您与治疗社区建立联系，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社区资源以提供持续的自我管理支持方面的作用。
- 您可能会根据自我评估或您的提供者对您复发风险的评估来接受康复服务。您也可以通过现场、远程医疗或电话方式接受康复服务。
- 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。

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。护理协调服务贯穿于

所有服务之中，既可以在临床环境中进行，也可以在非临床环境（包括您的社区）中进行。

- 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、交通和住房等社区服务。

应急管理（因县而异）

- 21 岁以下的会员，无论居住在哪个县，都有资格获得早期和定期筛查、诊断及治疗服务。
- 参与县可选择提供应急管理服务。请参阅本手册末尾的“关于您所在县的更多信息”部分，以了解您所在县是否提供这项服务。
- 应急管理服务是针对兴奋剂使用障碍的循证治疗，符合条件的会员将参与结构化的 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）。参与者必须同意按照应急管理服务计划确定的频率进行尿液药物

检测。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宿环境中接受服务并且已注册并参与全面、个别治疗课程的会员。

移动危机服务

- 若您正处于物质使用危机中，可获得移动危机服务。
- 移动危机服务由医疗保健提供者在您发生危机的地点提供，包括您的家中、工作场所、学校或其他社区地点（医院或其他机构环境除外）。移动危机服务全年无休 7*24 小时全天候提供。
- 移动危机服务包括快速响应、个人评估以及基于社区的稳定化服务。如果您需要进一步的护理，移动危机提供者还将提供无缝转接或转介至其他服务。

可通过电话或远程医疗提供的服务

接受行为健康服务时，并不总是需要您与提供者面对面接触。根据您的服务需求，您可能能够选择通过电话或远程医疗方式接受服务。提供者应向您详细说明如何使用电话或远程医疗方式，并在开始提供此类服务前确保您对此表示同意。

即使您同意通过远程医疗或电话方式接受服务，您之后仍然有权选择以面对面的方式继续接受服务。

某些行为健康服务可能无法仅通过远程医疗或电话提供，因为这些服务要求您必须在特定的地点接受，例如住宿治疗服务或医院服务。

问题解决过程：提出申诉、上诉或请求举行州公平听证会

如果我没有从所在县获得我想要的服务，怎么办？

您所在县必须设立一种机制，以便您能够解决与所需或正在接受的服务相关的任何问题。这一机制被称为问题解决流程，可能包含以下几个步骤：

- **申诉流程：**以口头或书面形式，对专业心理健康服务、物质使用障碍服务、提供者或所在县表达不满。请参阅本手册的“申诉流程”部分以了解更多。
- **上诉流程：**如果您不同意所在县对您服务的变更决定（如拒绝提供、终止或减少服务）或不予承保的决定，您可以提出上诉。请参阅本手册的“上诉流程”部分以了解更多。
- **州公平听证会流程：**如果您的上诉被所在县拒绝，您可以请求举行州公平听证会，这将由加利福尼亚州社会服务部 (CDSS) 的一名法官主持。请参阅本手册的“州公平听证会”部分以了解更多。

提出申诉、上诉或请求举行州公平听证会不会对您产生任何负面影响，也不会影响您正在接受的服务。通过提出申诉或上诉，可以帮助您获得所需的服务，并解决在接受行为健康服务过程中遇到的任何问题。同时，申诉和上诉也为所在县提供了改进服务的信息。一旦您的申诉或上诉处理完毕，所在县将通知您、提供者和您的父母/监护人结果。同样，州公平听证会结束后，州公平听证会办公室将通知您和提供者听证会结果。

注意：以下将详细介绍每种问题解决流程。

我可以获得有关提起上诉、申诉或请求举行州公平听证会的帮助吗？

您所在县将为您解释这些流程，且必须协助您提交申诉、上诉或请求举行州公平听证会。所在县还可以帮助您判断您是否符合“加急上诉”流程的条件，该流程旨在因您的健康、心理健康和/或生活稳定受到威胁时，更快地审查您的上诉。您也有权授权其他人代表您采取这些措施，比如您的提供者或支持者。

如果您需要任何帮助，请拨打手册封面上提供的电话号码联系您所在县。您所在县必须为您提供合理的支持，帮助您完成与申诉或上诉相关的表格填写和其他

程序步骤。这包括但不限于提供口译服务和设有听障/语障专线和口译功能的免费电话服务。

如果您需要进一步的帮助

请联系医疗保健服务部监察专员办公室：

- 电话：**1-888-452-8609**，周一至周五，早上 8 点至下午 5 点（节假日除外）。

或

- 电子邮件：
MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

请注意：电子邮件不被视为保密通信（请勿在电子邮件中包含个人信息）。

您也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。如需咨询您的州公平听证会权利，您可以联系加利福尼亚州社会服务部公众咨询与回应部门，电话号码为：**1-800-952-5253**（听障专线：**1-800-952-8349**）。

申诉

什么是申诉？

申诉是指您对行为健康服务或所在县提供的服务中任何方面表示不满，而这种不满不属于上诉或州公平听证流程范围内的投诉。

申诉流程是怎样的？

申诉程序将：

- 包含简单的步骤，供您以口头或书面形式提交申诉。
- 不会导致您失去权利或服务，也不会对您的提供者产生不利影响。
- 允许您授权另一个人代表您行事。这个人可以是您的提供者或支持者。如果您同意由另一个人代表您行事，您可能被要求签署一份授权表，以便您所在县向该人提供信息。
- 确保负责决定申诉的人员具备做出裁决的资格，并且未参与过任何之前的审查或决策层级。
- 明确您所在县、提供者和您自己的职责。

- 确保在规定的时限内提供申诉结果。

我什么时候可以提出申诉？

如果您对所接受的护理不满意，或者对所在县有其他疑虑，您可以随时提出申诉。

我该如何提出申诉？

您可以随时拨打所在县的 24*7 小时全天候免费接入热线，以获得申诉方面的帮助。口头申诉不必以书面形式跟进。如果您以书面形式提交申诉，请注意以下几点：您所在县会在所有提供者场所提供回邮信封。如果您没有回邮信封，请将书面申诉邮寄至本手册封面提供的地址。

我如何知道所在县是否收到了我的申诉？

您所在县必须在收到申诉后的五个日历日内，向您发送一封书面信函，确认已收到您的申诉。如果您通过电话或亲自提交申诉，并且同意在下一个工作日结束时解决，则无需收到此信函。

我的申诉何时会得到裁决？

您所在县必须在您提出申诉之日起 30 个日历日内对您的申诉作出裁决。

我如何知道所在县是否已对我的申诉作出裁决？

所在县对您的申诉作出裁后，将会：

- 向您或您授权的人发送一份书面的裁决通知；
- 所在县未能在规定时间内通知您申诉裁决的，将向您或您授权的人发送一份《不利权益裁定通知书》，告知您有权请求举行州公平听证会；
- 告知您享有请求举行州公平听证会的权利。

如果您的申诉是通过电话或亲自提交的，并且您同意在提交申诉后的下一个工作日结束时问题得到解决，那么您可能不会收到书面裁决通知。

注意：您所在县必须在时限截止当天向您提供《不利权益裁定通知书》。如果您未收到此通知书，可以致电所在县咨询更多信息。

提出申诉有截止日期吗？

没有，您可以随时提出申诉。

上诉

如果您不同意所在县对您目前正在接受或希望接受的行为健康服务的裁决，您可以提出上诉。您可以通过以下方式请求复审所在县的裁决：

- 标准上诉流程

或

- 加急上诉流程

注意：这两种上诉流程相似，但加急上诉有特定的资格要求（具体要求见下文）。

所在县将协助您填写表格并完成其他上诉流程步骤，包括准备书面上诉材料、告知您其网站上表格的位置或根据您的要求提供表格。此外，所在县还将根据联邦法规，为您在上诉不利权益裁定期间请求继续享受福利提供咨询和帮助。

标准上诉流程的作用是什么？

标准上诉流程将：

- 允许您以口头或书面形式提出上诉。
- 确保提出上诉不会导致您丧失权利或服务，也不会对您的提供者产生任何不利影响。
- 允许您授权其他人（包括提供者或支持者）代表您行事。请注意：如果您授权其他人代表您行事，所在县可能会要求您签署一份表格，授权所在县向该人披露相关信息。
- 在您提出上诉请求后的规定时间内，继续为您提供福利。请注意：这个时间是从《不利权益裁定通知书》邮寄或亲自送达给您之日起的 10 天内。
- 确保在上诉期间，您无需为继续享受的服务支付费用，且如果上诉的最终裁决支持所在县的不利权益裁定，您也无需补付费用。
- 确保负责处理您上诉的决策者具备相应资格，且未参与过之前任何阶段的审查或决策。
- 允许您或您的代表查阅您的案件档案，包括医疗记录和其他相关文件。

- 为您提供合理的机会，以亲自或书面形式提交证据、证言和论点。
- 允许您、您授权的人或已故会员遗产的法定代表人作为上诉人参与。
- 让所在县向您提供书面确认，表明您的上诉正在审查中。
- 在上诉流程完成后，告知您有权请求举行州公平听证会。

我什么时候可以提出上诉？

当遇到以下情况时，您可以向所在县提出上诉：

- 所在县或签约提供者认定您不符合行为健康服务的获取标准。
- 您的医疗保健提供者为您推荐了行为健康服务，并向所在县申请批准，但所在县拒绝了申请或更改了服务类型或频率。
- 您的提供者向所在县申请批准，但所在县要求提供更多信息，并未按时完成批准流程。
- 您所在县未按照其预先确定的时间表提供服务。

- 您认为所在县未能及时满足您的需求。
- 您的申诉、上诉或加急上诉未得到及时解决。
- 您和您的提供者对所需的行为健康服务存在分歧。

我如何提出上诉？

- 您可以通过以下三种方法之一提出上诉：
 - 请拨打本手册封面上列出的您所在县的免费电话号码。通话后，您还需要提交一份书面的上诉材料；或者
 - 邮寄您的上诉材料（所在县将在所有提供者场所提供回邮信封，供您邮寄上诉材料）。
注意：如果您没有回邮信封，您可以直接将上诉材料邮寄至本手册前面的地址；或者
 - 通过电子邮件或传真提交您的上诉材料。有关更多信息，请参阅本手册末尾的“关于您所在县的更多信息”部分。

我如何知道我的上诉是否已作出裁决？

您或您授权的人将会收到您所在县关于您的上诉裁决的书面通知。该通知将包括以下信息：

- 上诉决议过程的结果。
- 作出上诉裁决的日期。
- 如果上诉结果未如您所愿，通知中将提供有关您请求举行州公平听证会的权利以及如何请求举行州公平听证会的信息。

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。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截止日期；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？

所在县必须在收到您的请求后 30 个日历日内对您的上诉作出裁决。

如果我不能等30天才得到上诉裁决怎么办？

如果上诉符合加急上诉流程的标准，则可能会更快地完成。

什么是加急上诉？

加急上诉遵循与标准上诉相似的流程，但速度更快。以下是有关加急上诉的更多信息：

- 您必须证明等待标准上诉可能会使您的行为健康状况恶化。
- 加急上诉流程的截止日期与标准上诉流程不同。
- 所在县有 72 小时的时间来审查加急上诉。
- 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？

如果等待长达 30 天的标准上诉决定会危及您的生命、健康或获得、维持或恢复最大功能的能力，您可以请求加急解决上诉。

关于加急上诉的更多信息：

- 如果您的上诉符合加急上诉的要求，所在县将在收到上诉后的 72 小时内解决。
- 如果所在县认定您的上诉不符合加急上诉的标准，他们必须及时以口头方式通知您，并在两个日历日内提供书面通知，解释其裁决的原因。您的上诉随后将遵循本部分前面概述的标准上诉时限。
- 如果您不同意所在县关于您的上诉不符合加急上诉标准的裁决，您可以提出申诉。
- 在您所在县解决您的加急上诉请求后，您和所有受影响方都将收到口头和书面通知。

州公平听证会

什么是州公平听证会？

州公平听证会是由加州社会服务部 (CDSS) 的行政法官进行的独立审查，旨在确保您获得根据 Medi-Cal 计划应享有的行为健康服务。

请访问加州社会服务部网站

<https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests> 获取更多资源。

我拥有哪些州公平听证权利？

您有权：

- 请求在行政法官面前举行听证会（也称为州公平听证会）来处理您的案件。
- 了解如何请求举行州公平听证会。
- 了解州公平听证会期间代表如何工作的相关规定。
- 要求在州公平听证会期间继续享受您的福利（如果您在规定的时间内请求举行州公平听证会）。
- 在州公平听证会进行期间，且最终裁决支持所在县的不利权益裁定时，无需为继续提供的服务支付费用。

我何时可以请求举行州公平听证会？

在下列情况下，您可以请求举行州公平听证会：

- 您已提交上诉，并收到上诉决议函，告知您的上诉请求被所在县拒绝。
- 您的申诉、上诉或加急上诉没有得到及时解决。

我如何请求举行州公平听证会？

您可以通过以下方式请求举行州公平听证会：

- 在线：访问社会服务部上诉案件管理网站：
<https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- 书面形式：将您的申请提交至《不利权益裁定通知书》上所示的县级福利部门地址，或邮寄至：

加州社会服务部
州听证会分部门

**P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430**

- 传真：916-651-5210 或 916-651-2789

您还可以请求举行州公平听证会或加急州公平听证会：

- 电话：
 - *州听证会分部门*，免费电话：
1-800-743-8525 或 1-855-795-0634。
 - *公众咨询与回应部门*，免费电话：
1-800-952-5253 或语障专线：
1-800-952-8349。

请求举行州听证会是否有截止日期？

您自收到所在县的书面上诉裁决通知之日起，有 120 天的时间来请求举行州公平听证会。如果您没有收到《不利权益裁定通知书》，您可以随时请求举行州公平听证会。

我可以在等待州公平听证会裁定期间继续享受服务吗？

是的，如果您目前正在接受已获授权的服务，并且希望在等待州公平听证会决定期间继续享受这些服务，您必须在上诉裁决通知的邮戳日期或送达给您之日起的 10 天内请求举行州公平听证会。或者，您也可以在您所在县告知服务将停止或减少之前请求举行听证会。

注意：

- 当请求举行州公平听证会时，您必须表明希望在听证会期间继续享受服务。
- 如果您请求继续享受服务，并且州公平听证会的最终裁决确认减少或停止您正在接受的服务，那么您无需承担州公平听证会进行期间所提供服务的费用。

关于我所在州公平听证会决定，何时能作出裁决？

请求举行州公平听证会后，可能需要长达 90 天的时间才能收到裁决。

我能更快地获得州公平听证会的结果吗？

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。您可以亲自写信或请您的全科医生或心理健康专业人士为您写信，申请加急州公平听证会。信函必须包含以下信息：

1. 详细说明等待长达 90 天的案件裁决如何会严重损害您的生命、健康或获得、维持或恢复最大功能的能力。
2. 请求“加急听证会”并在提交听证会申请时附上此函。

社会服务部的州听证会分部门将审查您提出的加急州公平听证会申请，并确定其是否符合标准。如果您的申请获得批准，将安排听证会，并在州听证会分部门收到您的申请之日起的三个工作日内作出裁决。

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文件。您有时可能会听到“预先指示”被称为生前遗嘱或持久授权书。其中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。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；
- 您的个人医疗保健说明。

您所在县必须制定预先指示计划。您所在县有义务提供关于预先指示政策的书面信息，并在被要求时解释相关法律。如果您希望获取这些信息，请拨打本手册封面上的电话号码以了解更多详情。

您可以从您所在县或网上获取预先指示表格。在加州，您有权向您的所有医疗保健服务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：公共咨询部门

P. O. Box 944255

Sacramento, CA 94244-2550

权利和责任

所在县责任

我所在县负责什么？

您所在县负责以下事项：

- 评估您是否符合从所在县或其提供者网络获取行为健康服务的标准。
- 提供筛查或评估，以确定您是否需要行为健康服务。
- 提供全天候接听的免费电话号码，告诉您如何从所在县获得服务。电话号码列于本手册的封面上。
- 确保周边有足够的行为健康提供者，以便您在需要时能够及时获得所在县提供的服务。
- 向您告知并介绍所在县提供的各项服务。
- 免费为您提供您所需语言的服务，并在必要时，免费提供口译员。

- 为您提供关于可用服务的书面信息，包括其他语言版本或替代形式，如盲文或大字体印刷品。有关更多信息，请参阅本手册末尾的“关于您所在县的更多信息”部分。
- 在本手册所述信息发生任何重大变化时，将至少提前 30 天通知您。当所提供服务的数量或类型增加或减少，网络提供者数量增加或减少，或任何其他可能影响您从所在县获得福利的变化发生时，即视为重大变化。
- 确保您的医疗保健与任何其他可能必要的计划或系统相衔接，以帮助顺利过渡您的护理。这包括确保对专科医生或其他提供者的转介得到妥善跟进，并且新提供者愿意为您提供护理。
- 确保在一定时间内，允许您继续接受当前医疗保健提供者的服务，即使他们不在您的网络内。如果您更换提供者会对健康造成损害或增加住院风险，这一点尤为重要。

会提供交通工具吗？

如果您在前往医疗或行为健康预约地点时遇到困难，**Medi-Cal** 计划可以帮助您安排交通服务。对于无法自行安排交通且因医疗需要必须接受 **Medi-Cal** 承保服务的会员，我们必须提供交通服务。预约交通服务分为两种类型：

- **非医疗交通：**为无法以其他方式前往预约地点的会员提供私人或公共车辆交通服务。
- **非紧急医疗交通：**为无法使用公共或私人交通工具的会员提供救护车、轮椅车或担架车交通服务。

此外，我们还提供前往药店或领取所需医疗用品、假肢、矫形器及其他设备的交通服务。

如果您拥有 **Medi-Cal** 但未加入管理式医疗计划，且需要前往健康相关服务地点的非医疗交通服务，您可以直接联系非医疗交通服务提供商或您的提供者寻求帮助。当您联系交通公司时，他们会询问您的预约日期和时间等相关信息。

如果您需要非紧急医疗交通服务，您的提供者可以为您开具非紧急医疗交通的处方，并协助您与交通服务提供商取得联系，以便协调您往返预约地点的交通安排。

如需获取更多关于交通服务的信息和帮助，请联系您的管理式医疗计划。

会员权利

作为Medi-Cal 行为健康服务的接受者，我有哪些权利？

作为 Medi-Cal 会员，您有权从您所在县获得具有医疗必要性的行为健康服务。在接受行为健康服务时，您享有以下权利：

- 得到个人尊重，以及对您尊严和隐私的尊重。
- 获得清晰易懂的可用治疗方案解释。
- 参与与您行为健康护理相关的决策。这包括有权拒绝您不愿接受的任何治疗。
- 获取本手册，以了解所在县提供的服务、所在县的义务以及您的权利。
- 要求查阅您的医疗记录，并在必要时请求更正。

- 不受任何形式的强制、惩罚、便利或报复性约束或隔离。
- 在医疗上必要时，7*24 小时全天候及时获得紧急、迫切或危机状况下的护理服务。
- 提出请求后，及时获得盲文、大字体或音频格式等替代形式的书面材料。
- 从所在县获得遵循其州合同关于可用性、能力、协调、承保范围和护理授权的行为健康服务。
所在县需履行以下义务：

- 雇用或与足够的提供者签订书面合同，以确保所有有资格接受行为健康服务的 Medi-Cal 合格会员能够及时获得服务。
- 若所在县没有雇员或签约服务提供者能够提供所需服务，则及时为您承保医疗上必要的网络外服务。

注意：所在县必须确保您不会因为接受网络外提供者的服务而支付任何额外费用。请参阅下文了解更多信息：

- *对于21岁及以上的个人，医疗上必要的行为健康服务是指那些为保护生命、预防重大疾病或重大残疾，或缓解剧烈疼痛而合理且必要的服务。对于21岁以下的个人，医疗上必要的行为健康服务是指那些能够维持、支持、改善或减轻行为健康状况的服务。*
- *网络外提供者是指不在县提供者名单上的提供者。*
- 根据您的请求，免费提供网络内或网络外合格医疗保健专业人员的第二意见。
- 确保提供者接受过培训，能够提供提供者同意承保的专业行为健康服务。
- 确保所在县承保的行为健康服务在数量、时间和范围上足以满足符合 **Medi-Cal** 资格的会员的需求。这包括确保所在县批准服务付款的方法基于医疗必要性，确保服务获取标准得到公平遵守。
- 确保其提供者进行全面评估，并与您协作制定治疗目标。

- 如有必要，协调其提供的服务与通过管理式医疗计划或您的初级保健服务提供者向您提供的服务。
- 参与所在州为所有人（包括那些英语能力有限以及具有不同文化和种族背景的人）提供文化适应服务的工作。
- 表达您的权利而不会对您的治疗造成有害影响。
- 根据本手册所述的您的权利以及所有适用的联邦和州法律接受治疗和服务，例如：
 - 1964 年《民权法案》第六篇，其实施条例见《联邦法规》第 45 篇第 80 部分。
 - 1975 年《年龄歧视法》，其实施条例见《联邦法规》第 45 篇第 91 部分。
 - 1973 年《康复法案》。
 - 1972 年《教育修正案》第九条（关于教育计划和活动）。
 - 《美国残疾人法案》第二和第三篇。
 - 《患者保护与平价医疗法案》第 1557 条。

- 根据您所在州的法律，您可能享有有关行为健康治疗的额外权利。要联系您所在县的患者权利支持者，请拨打手册封面上列出的电话号码联系您所在县。

不利权益裁定

如果所在县拒绝了我想要或我认为需要的服务，我有哪些权利？

如果您的所在县拒绝、限制、减少、延迟或终止您认为您需要的服务，您有权从所在县获得一份书面通知。这份通知被称为《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。以下部分将向您介绍《不利权益裁定通知书》的内容，以及如果您对所在县的决定有异议时应该采取的措施。

什么是不利权益裁定？

不利权益裁定是指所在县采取的以下任何一项行动：

- 拒绝或限制授权所请求的服务。这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；

- 减少、暂停或终止之前已授权的服务；
- 全部或部分拒绝支付服务费用；
- 未能及时提供服务；
- 未在解决申诉和上诉的标准规定时限内采取行动。规定时限如下：
 - 如果您向所在县提出申诉，且所在县未在 30 天内就您的申诉作出书面裁决并回复您。
 - 如果您向所在县提出上诉，且所在县未在 30 天内就您的上诉作出书面裁决并回复您。
 - 如果您提出了加急上诉，且未在 72 小时内收到回复。
- 拒绝会员对财务责任提出异议的请求。

什么是《不利权益裁定通知书》？

《不利权益裁定通知书》是您所在县在决定拒绝、限制、减少、延迟或终止您和您的服务提供者认为您应获得的服务时发送给您的一封信函。这包括拒绝：

- 支付某项服务的费用。
- 请求不在承保范围内的服务。

- 请求不具有医疗必要性的服务。
- 请求来自错误交付系统的服务。
- 对财务责任提出异议的请求。

注意：《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提供服务的标准时限内获得服务。

通知的发送时间

所在县必须：

- 在终止、暂停或减少之前已授权的行为健康服务之前，至少提前 10 天前将通知邮寄给会员。
- 在拒绝支付的决定或导致全部或部分请求的行为健康服务被拒绝、延迟或修改的决定作出后的两个工作日内，将通知邮寄给会员。

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》。如果您没有收到通知，您可以向所在县提出上诉，或者如果您已经完成了上诉流程，您可以请求举行州公平听证会。当您联系您所在县时，请说明您遭遇了不利权益裁

决，但未收到通知。关于如何提出上诉或请求举行州公平听证会的具体信息，您可以参考本手册，这些信息也通常会在您的服务提供者办公室提供。

《不利权益裁定通知书》会告诉我什么？

《不利权益裁定通知书》将告知您以下内容：

- 您所在县采取了哪些影响您及您获取服务能力的措施。
- 裁定生效的日期以及做出该裁定的原因。
- 裁定所依据的州或联邦规则。
- 如果您不同意所在县的裁定，您有权提出上诉。
- 如何获取与所在县裁定相关的文件、记录和其他信息的副本。
- 如何向所在县提出上诉。
- 如果您对所在县的上诉裁定不满意，如何请求举行州公平听证会。
- 如何请求提出加急上诉或举行加急州公平听证会。
- 如何获得帮助来提出上诉或请求举行州公平听证会。

- 您有多长时间来提出上诉或请求举行州公平听证会。
- 在等待上诉或州公平听证会决定期间，您继续接受服务的权利，如何请求继续提供这些服务，以及这些服务的费用是否将由 Medi-Cal 承担。
- 如果您希望继续享受服务，提出上诉或请求举行州公平听证会的时限。

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内的所有信息。如果您不理解通知内容，您所在县可以为您提供帮助。您也可以请其他人帮助您。

当您提交上诉或申请举行州听证会时，您可以请求继续提供已中断的服务。您必须在《不利权益裁定通知书》寄出或送达给您之日起的 **10** 个日历日内，或者在变更生效日期之前，提出继续提供服务的请求。

会员责任

作为**Medi-Cal** 会员，我的责任是什么？

了解所在县服务的运作方式对于您获得所需的护理至关重要。同时，以下几点也非常重要：

- 如期参加您的治疗。如果您与您的提供者合作制定您的治疗目标并遵循这些目标，您将获得最佳结果。如果您确实需要取消预约，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口语口译员。
- 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。
- 执行您和您的提供者商定的计划行动步骤。

- 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，请联络所在县。
- 如果您的个人信息有任何更改，请告知您的提供者和所在县。这包括您的地址、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。

我必须要为Medi-Cal 支付费用吗？

大多数 Medi-Cal 会员无需为医疗或行为健康服务支付任何费用。在某些情况下，您可能需要根据每月获得或赚取的收入金额来支付医疗和/或行为健康服务的费用。

- 如果您的收入低于您家庭规模所对应的 Medi-Cal 限额，则您无需为医疗或行为健康服务支付费用。
- 如果您的收入高于您家庭规模所对应的 Medi-Cal 限额，则您需要为医疗或行为健康服务支付一部分费用。您支付的金额称为您的“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“共付额”。这意味着您每次获得医疗服务或去医院急诊室接受常规服务时，需要支付自付额。
- 您的提供者会告诉您是否需要支付共付额。

隐私惯例声明



您的信息。

您的权利。

我们的责任。

本声明介绍了您的健康信息可能如何被使用和披露，以及您可以如何获取这些信息。

请仔细阅读。

在涉及到您的健康信息方面，您拥有特定的权利。

本部分将解释您的权利以及我们为您提供帮助的一些职责。

获取您的医疗记录的电子版或纸质版

- 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版或纸质版。

-
- 我们通常将在您提出请求后 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。

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。
- 我们可能会拒绝您的请求说，但我们将会在 60 天内以书面形式告诉您原因。

要求进行保密通信

- 您可以要求我们以特定的方式（例如，通过住宅或办公室电话）与您联络或将邮件寄至另外一个地址。
- 我们将会同意所有合理的请求。

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请求，如果这会影响您的护理，我们可能会拒绝。
-

-
- 如果您全额自费支付某项服务或医疗保健项目，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。
 - 我们将会同意您的请求，除非法律要求我们分享该等信息。

获取我们已
与之共享信
息的人员
名单

- 您可以要求我们提供一份清单（台账），列出在您提出请求之日的前六年内，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。
- 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账，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。

**获取本隐私
声明的副本**

- 您可以随时要求获得本声明的纸质版，即便您已经同意以电子方式接收本声明。我们将会及时向您提供一份纸质版。

**选择某人代
表您行事**

- 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，该人可以行使您的权利，并就您的健康信息作出选择。
- 在我们采取任何行动之前，我们将确保该人具有响应的权力，并且能够代您行事。

**在您觉得您的
权利受到了侵犯时
提出投诉**

- 如果您认为我们侵犯了您的权利，您可以通过第 1 页上的信息联系我们进行投诉。
- 您可以向美国卫生与公众服务部民权办公室提出投诉，方式是致函 90 7th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103、拨打 1-800-368-1019 或访问 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

-
- 我们不会因为您提出投诉而对您进行报复。
-

对于特定的健康信息，您可以告诉我们您选择同意我们分享哪些内容。如果您对我们以下所述情况下如何分享您的信息有明确的偏好，请与我们联系。告诉我们您的期望，我们将遵循您的指示。

在这些情况下，您既有权利也可选择告诉我们：

- 与您的家人、亲密朋友或参与您护理的其他人分享信息
 - 在救灾情况下分享信息
 - 将您的信息加入医院目录或从中移除
 - 就筹款事宜联系您
 - 若您因某些原因（如昏迷状态）无法表达您的偏好，我们可能会在认为符合您最佳利益的情况下分享您的信息。同时，在必要时，为了消除对健康或安全构成的严重且紧迫的威胁，我们也可能会分享您的信息。
-

在这些情况下，我们绝不会未经您书面同意就分享您的信息：

- 营销目的
- 出售您的信息
- 分享大多数心理治疗记录

在筹款或媒体宣传活动中：

- 我们可能会为筹款或媒体宣传活动与您联系，但您可以告知我们不要再与您联系。

我们通常如何使用或分享您的健康信息？ 我们通常以下列方式使用或共享您的健康信息。

为您治疗

我们可以使用您的健康信息，并与正在为您治疗的其他专业人员分享。

示例：一位正在为您治疗受伤的医生向另一位医生询问您的整体健康状况。

**运营我们
的机构**

我们可以使用和分享您的健康信息来运营我们的诊所、改善您的护理服务，并在必要时与您联系。

示例：我们使用您的健康信息来管理您的治疗和服务。

**为您的服
务计费**

我们可以使用和分享您的健康信息来向 Medi-Cal、Medicare、健康计划或其他保险公司提交费用账单并收取相应款项。

示例：我们向您的健康保险计划提供关于您的信息，以便其为您的服务支付费用。

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

帮助解决公共健康和安全问题

- 预防疾病、伤害或残障
- 报告出生和死亡
- 帮助召回产品
- 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

开展研究

- 我们可出于健康研究目的使用或分享您的信息。

遵守法律

- 如果州法或联邦法律要求，包括美国卫生与公众服务部要求我们提供信息以验证我们是否遵守联邦隐私法律，我们将分享您的相关信息。

响应器官和组织捐赠请求

- 我们可以与器官获取组织分享您的健康信息。
-

与验尸官或 殡仪馆合作

- 当个人去世时，我们可以与验尸官、医疗检查员或殡仪馆分享健康信息。

处理工伤赔偿、执法和其他政府 请求

- 我们可以使用或分享您的健康信息用于：
- 处理工伤赔偿申请
- 执法或与执法官员合作
- 与卫生监督机构合作，开展法律授权的活动
- 特殊政府职能，如军事、国家安全和总统保护服务

回应诉讼和 法律行动

- 我们可以根据法院或行政命令，或根据传票要求，分享您的健康信息。

注意：如果您正在申请或接受药物或酒精滥用的相关服务，《美国联邦法规》第 42 篇第 2 部分将保护您的健康信息。一般来说，在这种情况下，我们不能向组织外部的人员确认您是否参加了我们的计划，也不能披露任何能够识别您为寻求物质滥用治疗个人的信息，除非本声明中列出的特定情况允许。

我们的责任

- 法律要求我们维护您受保护的健康信息的隐私和安全。
- 如果发生可能危及您信息隐私或安全的泄露事件，我们将及时通知您。
- 我们必须遵循本声明中所述的职责和隐私惯例，并向您提供一份本声明的副本。
- 我们不会在本声明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表示同意。即便您表示同意，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。

更多信息请参阅：

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

本声明条款的变更

我们可能变更本声明的条款，这些变化将适用于我们拥有的关于您的所有信息。新声明可根据要求提供，也可在我们的办公室和网站上查阅。

声明生效日期：2013 年

修订日期：2017 年 8 月；2022 年 6 月

来自您所在县的更多信息

ACBHD 以守护您的健康为使命。我们尊重您的意见，并支持医疗服务中的公平性。

We would like you to know that this information is available in the languages listed below:

我们想让您知道，以下语言版本的信息可供获取：

- Español (Spanish):
Este folleto está disponible en Español
- Tiếng Việt (Vietnamese):
Tập sách này có bằng tiếng Việt
- 한국어 (Korean):
이 책자는 한국어로 제공됩니다.
- 繁体中文 (Chinese Traditional):
這本手冊有中文版
- 简体中文 (Chinese Simplified):
这本手册有中文版

- (Farsi): فارسی
این اطلاعات به زبان فارسی موجود است.
- Tagalog (Tagalog/Filipino):
Ang impormasyong ito ay maaaring makuha sa Tagalog.
- (Arabic): عربي
يتوفر هذا الدليل باللغة العربية.

如需查看我们目前所有服务提供者的完整名单，
请访问我们公共网站上的“服务提供者名录”：
<https://acbh.my.site.com/ProviderDirectory/s/>

如果您需要以上未列出语言版本的相关信息，请联系
您当前的医疗服务提供者，或拨打本手册封面上列出的
电话号码联系 ACBHD。

- 传统医疗保健实践预计将改善获得文化敏感性医疗服务的机会；支持这些机构为患者提供服务的能力；维护和促进健康；改善健康结果以及医疗服务的质量和体验；并减少获得医疗服务的机会方面的现有差异。
- 传统医疗保健实践涵盖两种新的服务类型：传统治疗师服务和自然辅助服务。传统治疗师服务包括音乐疗法（如传统音乐和歌曲、舞蹈、击鼓）、精神疗法（如仪式、祭祀、草药疗法）及其他整合性疗法。自然辅助服务可提供导航支持、心理社会技能培养、自我管理指导及创伤支持。

加强版社区保健工作者 (CHW) 服务通知

- **CHW** 是在面向社区提供保健服务和信息方面接受过专门培训的保健工作者，是社区值得信赖的成员。
- 加强版 **CHW** 服务旨在帮助预防或管理慢性疾病、残疾和其他健康问题。
- 加强版 **CHW** 服务包括健康卫生教育和培训，其中包含控制和预防慢性疾病或传染病，行为、围产期和口腔卫生条件；以及伤害预防、

健康促进和指导等，其中包括制定目标和行动计划以解决疾病预防和管理方面问题。

请通过本手册封面的电话号码联系您所在县，进一步了解有关该服务的更多信息。

禁止歧视声明

歧视是违法行为。阿拉米达县行为健康部（包括所在县和签约提供商）遵守州和联邦民权法。阿拉米达县行为健康部 (ACBHD) 不会因生理性别、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、社会性别、性别认同或性取向而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

ACBHD:

- 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（大字体、盲文、音频或可访问的电子格式）的书面信息
- 为非英语母语人士提供免费语言服务，例如：
 - 合格的口译员
 - 用其他语言编写的信息

如果您需要这些服务，请联系您的服务提供者或致电 ACBHD ACCESS（电话：1-800-491-9099；听障专线：711）。或者，如果您听力不佳或说话不便，请拨打 **711**（加利福尼亚州中继）。本文件可应要求以盲文、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 ACBHD 未能提供这些服务或以其他方式因生理性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、族裔群体认同、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、社会性别、性别认同或性取向进行非法歧视，您可以向 ACBHD 消费者援助办公室提出申诉。您可以致电、书面或亲自到场提出申诉：

- 通过电话：周一至周五上午 9 点至下午 5 点之间拨打 1-800-779-0787 联络消费者援助办公室。或者，如果您听力不佳或说话不便，请拨打 711（加利福尼亚州中继）。
- 书面形式：填写申诉表或写信并寄至：

Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

- 亲临现场：前往您提供者的办公室，或前往心理健康协会（地址为 2855 Telegraph Ave, Suite 501, Berkeley, CA 94705），并表示您想提出申诉。

申诉表格可在线获取：<https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>。

民权办公室——加州医疗保健服务部

您还可以通过致电、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：拨打 **916-440-7370**。如果您说话不便或听力不佳，请拨打 **711**（加利福尼亚州中继服务）。
- 书面形式：填写投诉表或写信并寄至：

卫生保健服务部

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

- 电子方式：发送电子邮件至
CivilRights@dhcs.ca.gov。

投诉表格可从以下网址获取：

<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>

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，您也可以通过致电、书面或电子方式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：拨打 **1-800-368-1019**。如果您说话不便或听力不佳，请拨打
听障/语障专线 **1-800-537-7697**。

- 书面形式：填写投诉表或写信并寄至：

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

- 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>

投诉表格可从以下网址获取：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>