



Behavioral Health

药物 Medi-Cal 组织交付系统
会员手册

2021 年10 月

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-968-2636(TTY: 7-1-1).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Call 1-800-968-2636 (TTY: 7-1-1).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-968-2636 (TTY: 7-1-1).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-968-2636 (TTY: 7-1-1).

Tagalog (Tagalog/Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalitaka ng Tagalog, maaarikkanggamit ng mgaserbisyo ng tulong sawikanang walang bayad. Tumawagsa 1-800-968-2636 (TTY: 7-1-1).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-968-2636 (TTY: 7-1-1) 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-968-2636 (TTY: 7-1-1)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթեխոսումեքհայերեն, ապաձեզանվճարկարողենտրամադրվելլեզվականաջակցությանձառայություններ: Չանգահարեք1-800-968-2636(TTY (հեռատիպ)՝7-1-1):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-968-2636(телетайп: 7-1-1).

فارسی(Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلاتزبانیبصورت رایگانبرایشما فراهم می باشد. با 1-800-968-2636 (TTY: 7-1-1) تماس بگیرید

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-968-2636 (TTY: 7-1-1) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV:Yog tias koj hais lusHmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb raukoj. Hu rau1-800-968-2636 (TTY: 7-1-1).

ਪੰਜਾਬੀ(Punjabi)

ਧਿਆਨਦਿਓ: ਜੇਤੁਸੀਂਪੰਜਾਬੀਬੋਲਦੇਹੋ,
ਤਾਂਭਾਸ਼ਾਵਿੱਚਸਹਾਇਤਾਮੇਵਾਤੁਹਾਡੇਲਈਮੁਫਤਉਪਲਬਧਹੈ।1-800-968-2636
(TTY: 7-1-1) 'ਤੇਕਾਲਕਰੋ।

العربية(Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك

بالمجان. اتصل برقم 1- 7-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-968-2636).

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें:

यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं
।1-800-968-2636 (TTY: 7-1-1) पर कॉल करें।

ภาษาไทย(Thai)

เรียน:

ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร
1-800-968-2636 (TTY: 7-1-1).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ,

សេវាជំនួយមននកភាសាភេយមិនគិតថ្លៃ

គឺអាចមានសំរាប់អ្នកចូលស្តី 1-800-968-2636 (TTY: 7-1-1)។

ພາສາລາວ(Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ,
ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ,
ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຮ1-800-968-2636(TTY: 7-
1-1).

目录

欢迎致辞	9
基本信息	9
• 紧急服务	
• 如果我有自杀的念头，可以和谁联系？	
• 为什么阅读本手册很重要？	
• 作为您所在县 DMC-ODS 计划的会员，您的县计划负责以下事项	
• 向需要不同语言材料的会员提供的信息	
• 向有阅读困难的会员提供的信息	
• 向听障会员提供的信息	
• 向视障会员提供的信息	
• 隐私惯例通知	
• 如果我觉得我受到歧视，可以和谁联系？	
服务	12
• 什么是 DMC-ODS 服务？	
• 门诊服务	
• 强化门诊服务	
• 部分住院	
• 住院治疗	
• 脱瘾管理	
• 阿片类药物治疗	
• 药物辅助治疗	
• 康复服务	
• 病例管理	
• 早期定期筛查、诊断和治疗 (EPSDT)	
如何获得 DMC-ODS 服务	16
• 我如何获得 DMC-ODS 服务？	
• 我可以在哪里获得 DMS-ODS 服务？	
• 工余时间护理	
• 我如何知道自己什么时候需要帮助？	
• 我如何知道儿童或青少年什么时候需要帮助？	
如何获得心理健康服务	17
• 我可以在哪里获得专业的心理健康服务？	
医疗必要性	17
• 什么是医疗必要性？为什么它如此重要？	
• 覆盖物质使用障碍治疗服务的“医疗必要性”标准是什么？	
选择提供者	18
• 我该如何找到我需要的物质使用障碍治疗服务的提供者？	
• 一旦我找到了提供者，县计划是否能告诉我可以从该提供者获取哪些服务？	
• 我的 DMC-ODS 计划使用哪些提供者？	
《不利福利裁定通知》	19
• 什么是《不利福利裁定通知》？	

<ul style="list-style-type: none"> • 我什么时候会收到《不利福利裁定通知》？ • 当我没有获得我想要的服务时，我是否总是会收到《不利福利裁定通知》？ • 《不利福利裁定通知》会告知我哪些内容？ • 我收到《不利福利裁定通知》时应该怎么办？ 	
问题解决程序	20
<ul style="list-style-type: none"> • 如果我没有从我的县 DMC-ODS 计划中获得我想要的服务，我该怎么办？ • 我能在提出上诉、申诉或州公听会时得到帮助吗？ • 如果我需要获得帮助以解决我的县 DMC-ODS 计划问题，但不想提出申诉或上诉，我该怎么办？ 	
申诉程序	21
<ul style="list-style-type: none"> • 什么是申诉？ • 我什么时候可以提出申诉？ • 我如何提出申诉？ • 我如何知道县计划是否收到我的申诉？ • 什么时候会对我的申诉做出裁定？ • 我如何知道县计划是否已对我的申诉做出裁定？ • 提出申诉有截止日期吗？ 	
上诉程序（标准和加急）	22
<ul style="list-style-type: none"> • 什么是标准上诉？ • 我什么时候可以提出上诉？ • 我如何提出上诉？ • 我如何知道我的上诉已经被裁定？ • 提出上诉有截止日期吗？ • 什么时候会对我的上诉做出裁定？ • 如果我不能为我的上诉裁定等待 30 天该怎么办？ • 什么是加急上诉？ • 我什么时候可以提出加急上诉？ 	
州公听会程序	25
<ul style="list-style-type: none"> • 什么是州公听会？ • 我享有哪些州公听会权利？ • 我什么时候可以申请州公听会？ • 我如何请求州公听会？ • 申请州公听会有截止日期吗？ • 在等待州公听会裁定期间，我是否可以继续享有服务？ • 如果我无法为我的州公听会裁定等待 90 天该怎么办？ 	
有关加利福尼亚州 MEDI-CAL 计划的重要信息	26
<ul style="list-style-type: none"> • 哪些人可以获得 MEDI-CAL？ • 我需要为 MEDI-CAL 支付费用吗？ • MEDI-CAL 是否涵盖交通服务？ 	
会员权利和责任	27
<ul style="list-style-type: none"> • 作为 DMC-ODS 服务的接受者，我有哪些权利？ 	

- 作为 DMC-ODS 服务的接受者，我有哪些责任？

[提供者目录](#) 29

[护理过渡请求](#)29

- 我什么时候可以请求保留我以前的、目前在网络外的供应者？
- 我如何申请保留网络外提供者？
- 如果在过渡到县计划后，我继续接受网络外提供者的服务，会怎么样？
- 为什么县计划会拒绝我的护理过渡请求？
- 如果我的护理过渡请求被拒绝会怎么样？
- 如果我的护理过渡请求得到批准会怎么样？
- 我的护理过渡请求多快能得到处理？
- 我的护理过渡期结束时会发生什么？

[按城市和邮政编码列出的批准的替代访问标准](#).....32

欢迎致辞

欢迎来到圣贝纳迪诺县物质使用障碍服务药物 Medi-Cal 组织交付系统 (DMC-ODS)。作为您的 DMC-ODS 提供者，我们有责任为您提供作为会员所需的物质使用障碍治疗服务。

有关会员服务的信息，请联系圣贝纳迪诺县行为健康部物质使用障碍和康复服务部。每周 7 天、每天 24 小时免费电话 (800)968-2636（电传机拨打 7-1-1）。

基本信息

紧急服务

我们提供每周 7 天、每天 24 小时的紧急服务。如果您认为您遇到了与健康相关的紧急情况，请拨打 911 或前往最近的急诊室寻求帮助。

紧急服务是为意外医疗状况提供的服务，包括精神方面的紧急医疗状况。

当您出现导致剧烈疼痛、严重疾病或受伤的症状时，即属于紧急医疗状况，谨慎的非专业人员（小心或谨慎的非医疗人员）合理地认为，如果没有医疗救助，预计会导致以下后果：

- 使您的健康陷入极度危险之中，或
- 如果您已怀孕，使您或胎儿的健康陷入极度危险之中，或
- 对您身体机能造成严重伤害，或
- 对任何身体器官或部位造成严重伤害。

在紧急情况下，您有权利使用任意一家医院。紧急服务从不需要授权。

如果我有自杀的念头，可以和谁联系？

如果您或您认识的人正处于危机之中，请致电国家预防自杀生命热线 1-800-273-TALK (8255)。

对于在危机中寻求帮助并使用本地心理健康计划的本地居民，请致电每周 7 天、每天 24 小时电话 (888) 743-1478 联系行为健康获取部门。对于所有电话号码，电传机用户请拨打 7-1-1。

为什么阅读本手册很重要？

欢迎来到圣贝纳迪诺县药物 Medi-Cal 组织交付系统 (DMC-ODS)。作为您的 DMC-ODS 提供者，我们负责为居住在圣贝纳迪诺县以及通过圣贝纳迪诺县获得 Medi-Cal 福利的受益人提供物质使用障碍治疗服务。作为会员，您拥有本手册概述的某些权利和责任。

DMC-ODS 是一项 Medi-Cal 福利，通过县政府运营，由与县政府签订协议、基于社区的
组织提供。DMC-ODS 豁免计划仅覆盖药物 Medi-Cal 服务，并且仅限于 DMC-ODS 服务
的覆盖范围。

行为健康部——物质使用障碍和康复服务 (DBH-SUDRS) 作为 DMC-ODS 计划的参与者，
被认为是一个托管护理计划，该计划允许您作为 Medi-Cal 受益人从由县政府支付费用的
提供者那里接受部分或全部 Medi-Cal 服务。DBH-SUDRS 与州政府签订协议，提供
DMC-ODS 服务。DMC-ODS 计划覆盖的服务区域为圣贝纳迪诺县。

您必须了解药物 Medi-Cal 组织交付系统 (DMC-ODS) 计划的工作原理，这样您就可以获
得您所需的护理服务。本手册帮助您了解您的福利以及如何获得护理服务。同时还将解答
您的许多疑问。

您将了解：

- 如何通过您所在县的 DMC-ODS 计划接受物质使用障碍 (SUD) 治疗服务
- 您可以获得什么样的福利
- 如果您有疑问或遇到问题怎么办
- 您作为县 DMC-ODS 计划会员的权利和责任

如果您现在不阅读本手册，应妥善保管，以便日后阅读。请将本手册作为您加入当前
Medi-Cal 福利时所收到的会员手册的补充。该手册可能与 Medi-Cal 托管式护理计划或与
常规 Medi-Cal “按服务收费”计划一起提供。

作为您所在县 DMC-ODS 计划的会员，您的县计划负责.....

- 确定您是否有资格从所在县或其提供者网络获得 DMC-ODS 服务。
- 协调您的护理事宜。
- 提供每周 7 天、每天 24 小时有人接听的免费咨询电话，告诉您如何从县计划获
得服务。您还可以致电此号码联系县计划，请求提供工余护理服务。
- 我们拥有足够的提供者，确保您在需要的时候可以获得县计划覆盖的 SUD 治
疗服务。
- 为您提供有关您的县计划所能提供的服务的相关信息和指导。
- 以您的语言或由口译员（如有必要）免费为您提供服务，并且让您知道我们可
以为您提供这些口译服务。
- 以其他语言或格式向您提供有关您可以获得的服务的书面信息。所有受益人告
知材料，包括本手册和申诉/上诉表格，均可以通过拨打免费电话 (800) 968-
2636 以其他格式索取。对于所有电话号码，电传机用户请拨打 7-1-1。
- 在变更预期生效日期之前至少 30 天向您提供有关本手册所述信息发生任何重大
变更的通知。如果可用服务的数量或类型增加或减少，或者网络提供者数量增
加或减少，或者会影响您通过县计划收到的福利的任何其他更改，则该变更视
为重大变更。
- 如果任何签约提供者由于道德、伦理或宗教异议拒绝履行或以其他方式支持所
覆盖的服务，我们将通知您并告知您提供覆盖服务的其他提供者。

- 如果更换提供者会影响您的健康或增加您住院的风险，确保您在一段时间内可以继续使用之前（现在已不在网络内）的提供者。

拨打每周 7 天、每天 24 小时的免费电话 (800) 968-2636 了解会员服务。对于所有电话号码，电传机用户请拨打 7-1-1。

向需要不同语言材料的会员提供的信息

所有受益人告知材料，包括本手册和申诉/上诉表格，均可以在 DMC-ODS 提供者网站上获得英文、西班牙语、越南语和中文版本。此外，本手册和申诉/上诉表格还可以通过拨打免费电话 (800) 968-2636 索取。对于所有电话号码，电传机用户请拨打 7-1-1。拨打 (800) 968-2636，电传机用户拨打 7-1-1 可以申请语言援助服务。

向有阅读困难的会员提供的信息

如需协助，请拨打免费电话 (800) 968-2636。

向听障会员提供的信息

对于所有电话号码，电传机用户请拨打 7-1-1。

向视障会员提供的信息

如需协助，请拨打免费电话 (800) 968-2636。

隐私惯例通知

您的健康信息属于保密信息，受特定法律保护。我们有责任根据这些法律保护您的信息，并向您提供《隐私惯例通知》(NOPP)，解释我们的法律责任和隐私惯例。我们也有责任遵守当前生效的《隐私惯例通知》(NOPP) 的条款。

如果我觉得我受到歧视，可以和谁联系？

歧视属于违法行为。加利福尼亚州和 DMC-ODS 遵守适用的联邦民权法，且不会基于种族、肤色、国籍、血统、宗教、生理性别、婚姻状况、社会性别、性别认同、性取向、年龄或残障而歧视他人。DMC-ODS：

- 为残障人士提供免费的援助和服务，如：
 - 合格的手语翻译
 - 其他格式的书面信息（盲文、大字印刷、音频、可访问的电子格式及其他格式）
- 向母语为非英语的人士提供免费语言服务，如：
 - 合格的口译员

○ 入门语言的信息

如果您需要这些服务，请联系您的县计划。

如果您认为加利福尼亚州或 DMC-ODS 因种族、肤色、国籍、年龄、残障或生理性别而未能提供这些服务，或以其他形式歧视您，您可以向以下人员或机关提出申诉：

民权协调员/ACA 1557 协调员
DBH 公平与包容办公室 (OEI)
收件人：ACA 1557 协调员
303 E. Vanderbilt Way,
San Bernardino, CA 92415-0026
电话：(909) 386-8223（电传机用户请拨打 7-1-1）
传真：(909)388-0868
邮箱：ACA1557@dbh.sbcounty.gov

您可以通过邮件、传真或电子邮件提出申诉。如果您需要帮助提起申诉，ACA 1557 协调员可随时为您提供帮助。

您也可以以电子形式通过民权投诉办公室门户网站向美国卫生及公众服务部民权办公室发起民权投诉：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>。您可以通过邮件或电话发起民权投诉：

美国卫生及公众服务部
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (失聪者用电信装置, TDD)

投诉表可从以下网址获取：<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>。

服务

什么是 DMC-ODS 服务？

DMC-ODS 服务是面向患有至少一种普通医生无法治疗的物质使用障碍 (SUD) 的患者提供的健康护理服务。

DMC-ODS 服务包括：

- 门诊服务
- 强化门诊治疗
- 部分住院（仅限部分县）
- 住院治疗（需经县政府事先批准）
- 脱瘾管理
- 阿片类药物治疗
- 药物辅助治疗（各县不同）

- 康复服务
- 病例管理

如果您想了解有关您可以获得的每一项 DMC-ODS 服务的更多信息，请查看如下描述：

- **门诊服务**

- 根据个性化的客户计划，在确定有医疗上的必要后，为会员提供咨询服务，成人每周最多 9 小时，青少年每周 6 小时以下。在社区内任何合适的场所，由执照专业人士或经过认证的咨询师提供服务。
- 门诊服务包括收治和评估、治疗计划、个人咨询、团体咨询、家庭疗法、附加服务、会员教育、药物服务、危机干预服务及出院计划。
- 门诊服务可以由服务人员亲自、通过电话，或在社区内任何合适的场所提供。上述服务将由物质使用障碍和康复服务提供者在门诊提供。

- **强化门诊服务**

- 根据个性化的客户计划，在确定有医疗上的必要后，为会员提供强化门诊服务（成人每周最少 9 小时，最多 19 小时，青少年每周最少 6 小时，最多 19 小时）。这些服务主要包括进行与成瘾相关问题的咨询和教育。在社区内任何合适的场所，由执照专业人士或经过认证的咨询师提供服务。
- 强化门诊服务包括部分与门诊服务相同的内容。主要区别是服务的时间有所增加。
- 强化门诊服务可以由服务人员亲自、通过电话，或在社区内任何合适的场所提供。上述服务将由物质使用障碍和康复服务提供者在门诊提供。

- **部分住院（*仅限部分县）**

- 根据会员治疗计划的规定，部分住院服务提供每周 20 小时或以上的临床强化治疗方案。部分住院方案通常可以直接提供精神病、医疗和实验室服务，以满足确保日常监控或管理的需求，但这些需求在结构化门诊环境中即可得到妥善解决。
- 部分住院服务与强化门诊服务相似，主要区别在于服务时长有所增加，以及可以额外获得的医疗服务。
- *部分住院服务当前不可用。

- **住院治疗（*需经县政府批准）**

- 住院治疗是一项非机构、24 小时非医疗的短期住院计划，根据个性化治疗计划，在确定有医疗上的必要后，向被诊断患有 SUD 的会员提供康复服务。每位会员都应生活在住所中，并在其努力恢复的过程中获得支持，维持并运用人际关系和独立生活的技能，并且能够使用社区支持体系。提供者和住院者合作确定障碍、设置优先事项、确立目标、制定治疗计划并解决

SUD 相关问题。目标涵盖持续戒断、为复发诱因做好准备，改善个人健康和社交功能，以及参与持续护理。

- 住院服务需要获得县计划的事先批准。住院服务每次授权时长为成人最多 90 天，青少年最多 30 天。一年内仅允许申请两次住院服务授权。如在医疗上有必要，每年可以有一次 30 天的延长期限。孕妇可以获得住院服务，直到分娩后第 60 天的当月最后一天。只要医疗必要性确定需要持续的住院服务，符合“早期定期筛查、诊断和治疗 (EPSDT)”资格的会员（21 岁以下）将不受上述授权限制。
- 住院服务包括收治和评估、治疗计划、个人咨询、团体咨询、家庭疗法、附加服务、会员教育、药物服务、保障药品（机构将保存所有住院者的药品，机构工作人员可协助住院者自行管理药品）、危机干预服务、交通接送（提供或安排进行医疗上必要治疗的往返交通）及出院计划。
- 县政府应提前 24 小时授权住院治疗服务
- 根据综合生物心理社会评估、ASAM 标准的应用、物质使用障碍的诊断及医疗必要性的确定，对受益人进行适当的护理水平的评估。
- 涉及围产期和刑事司法的受益人可根据医疗必要性获得更长的住院时间。

- **脱瘾管理**

- 确定有医疗上的必要性后，根据个性化的客户计划，提供脱瘾管理服务。每位会员如果正在接受住院服务，应住在医疗机构中，并在脱瘾治疗过程中受到监督。医疗上必要的适应和康复服务是根据持照医生或持照处方医生确定的个性化客户计划提供，并按照加利福利亚州的要求获得批准和授权。
- 脱瘾管理服务包括收治和评估、观察（以评估健康状况以及对任何处方药物的反应）、药物服务和出院计划。
- 脱瘾管理服务可以根据个人治疗需求提供多种级别或护理，如：住院治疗、麻醉治疗方案、强化门诊治疗和门诊治疗场景。

- **阿片类药物治疗**

- 阿片类（麻醉药）治疗方案 (OTP/NTP) 服务在具有 NTP 执照的机构中提供。提供医疗上必要的服务必须依据持照医生或持照处方医生确定的个性化的客户计划，并按照加利福利亚州的要求获得批准和授权。向会员提供和开出 DMC-ODS 处方集涵盖的处方药时，包括美沙酮、丁丙诺啡、纳洛酮和戒酒硫等，必须有 OTP/NTP。
- 每位会员每个日历月必须与治疗师或医学顾问进行至少 50 分钟、最多 200 分钟的咨询会谈，但可根据医疗需要提供额外服务。
- 阿片类治疗服务包括部分与门诊治疗服务相同的内容，包括医生与会员进行的一对一面对面讨论的医学心理治疗。
- 阿片类（麻醉药）治疗方案服务依据医疗必要性和个性化提供，以满足每位客户的需求。

- **药物辅助治疗（*各县服务不同）**

- 药物辅助治疗 (MAT) 服务可以在 OTP 诊所外获得。MAT 使用处方药，结合咨询和行为疗法，为 SUD 治疗提供全人方案。参与计划的县可选择是否提供该级别的服务。
 - MAT 服务包括所有 SUD 药物的订购、开具处方、管理及监控。尤其是针对阿片类和酒精依赖的会员，已经妥善制定药物选择方案。医生和其他处方医生可以向会员提供 DMC-ODS 处方集涵盖的药物，包括丁丙诺啡、纳洛酮、戒酒硫、纳曲酮、阿坎酸或任何 FDA 批准用于治疗 SUD 的药物。
 - 药物辅助治疗服务依据医疗必要性和个性化提供，以满足每位客户的需求。
- **康复服务**
 - 康复服务对会员的康复和健康非常重要。治疗社区成为一个治疗机构，会员可以从中获得权力并准备好管理他们的健康和健康护理。因此，治疗必须强调会员在其健康方面的核心作用，使用有效的自我管理支持策略，并组织内部和社区资源为会员提供持续的自我管理支持。
 - 康复服务包括个人咨询和团体咨询、康复监测/药物滥用协助（康复指导、预防复发及点对点服务）、以及病例管理（与教育、职业、家庭支持、基于社区的支持、住宿、交通和其他基于需求的服务的联系）。
 - 康复服务可以与临床上适当的其他级别的护理同时提供。
 - 康复服务以复发风险的自我评估或提供者评估为基础。
- **病例管理**
 - 病例管理服务可协助会员获得所需的医疗、教育、社交、职前、职业、康复或其他社区服务。这些服务侧重于 SUD 护理的协调、初级护理的整合（特别是针对患有慢性 SUD 的会员），以及必要时与刑事司法系统的互动。
 - 病例管理服务包括综合评估和定期重新评估个人需求，以确定是否需要继续提供病例管理服务；向更高或更低级别的 SUD 护理过渡；制定和定期修订包括服务活动、沟通、协调、转介及相关活动在内的客户计划；监测服务的交付，以确保会员能够使用服务及服务交付系统；监测会员进度；以及会员倡导，与生理和心理健康护理的联系，初级护理服务的交通接送和留用。
 - 病例管理应遵守且不得侵犯联邦和加州法律规定的任何会员的保密性。
 - 病例管理服务可以通过面对面、电话和在社区内任何地方提供。
 - 病例管理服务由 DBH-SUDRS 为住院治疗受益人提供，并由基于社区组织的签约提供者工作人员为所有其他级别护理的受益人提供。

早期定期筛查、诊断和治疗 (EPSDT)

如果您未满 21 岁，您可以获得早期定期筛查、诊断和治疗 (EPSDT) 计划下额外的医疗上必要的服务。EPSDT 服务包括筛查、视力、牙科、听力以及联邦法律《美国法典》第 42 章第 1396d(a) 条中列出的所有其他医疗上必要的强制和可选服务，以矫正或改善 EPSDT

筛查中确定的缺陷、生理和心理疾病以及其他状况，无论这些服务是否适用于成人。医疗必要性和成本效益的要求是适用于 EPSDT 服务的唯一限制或排除条件。

有关能提供的 EPSDT 服务更完整的描述以及如有任何疑问，请致电 (800) 968-2636 联系圣贝纳迪诺行为健康部物质使用障碍和康复服务会员服务。

如何获得 DMC-ODS 服务

我如何获得 DMC-ODS 服务？

如果您认为您需要物质使用障碍 (SUD) 治疗服务，您可以自行向县计划申请服务。您可以拨打本手册前面部分中列出的县免费电话。还可以以其他方式转介到您的 SUD 治疗服务县计划。您的县计划需要接受医生和其他认为您可能需要这些服务的初级护理提供者以及 Medi-Cal 托管护理健康计划（如果您是会员）的转介，以接受 SUD 治疗服务。除非发生紧急情况，通常提供者或 Medi-Cal 托管式护理健康计划将需要获得您的许可或儿童父母或监护人的许可才能进行转介。其他人员和组织也可以向县政府转介，包括学校、县福利或社会服务部门、管理人、监护人或家庭成员以及执法机构。

承保的服务可通过圣贝纳迪诺县 DBH-SUDRS 提供者网络获得。如果任何签约提供者对任何承保服务的执行或其他支持提出异议，圣贝纳迪诺县 DBH-SUDRS 将安排另一个提供者来提供该服务。如果提供者因宗教、伦理或道德因素拒绝提供承保的服务，圣贝纳迪诺县 DBH-SUDRS 将及时进行转介和协调。

圣贝纳迪诺县 DBH-SUDRS 治疗工作人员将与受益人、重要的支持人员和参与受益人治疗的其他机构合作，为在系统与护理等级之间的过渡提供协助。DBH-SUDRS 将积极工作，确保有效、及时和完整的过渡。

我可以在哪里获得 DMC-ODS 服务？

圣贝纳迪诺县正在参与 DMC-ODS 试点计划。由于您是圣贝纳迪诺县的居民，您可通过 DMC-ODS 县计划在您居住的县获得 DMC-ODS 服务。您的县计划拥有 SUD 治疗提供者，可以治疗该计划涵盖的病症。如有需要，其他提供药物 Medi-Cal 服务但未参加 DMC-ODS 试点计划的县将只能提供常规 DMC 服务。如果您未满 21 岁，您还有资格在本州任何其他县获得 EPSDT 服务。

工余时间护理

受益人可以通过拨打免费电话 (800) 968-2636 获得每周 7 天、每天 24 小时（包括节假日）的工余护理服务。如果您需要，工作人员可以帮助您获得护理服务。

我如何知道自己什么时候需要帮助？

许多人在生活中都会遭遇困难，也可能会遇到 SUD 问题。

在询问自己是否需要专业帮助时，最重要的是要记住相信自己。由于您目前居住在参与 DMC-ODS 的县，如果您符合 Medi-Cal 资格，并且您认为自己可能需要专业的帮助，您应向县计划申请评估以进行确认。

我如何知道儿童或青少年什么时候需要帮助？

如果您认为您的孩子或青少年表现出任何 SUD 迹象，您可以联系您的 DMC-ODS 参与县对他们进行评估。如果您的孩子或青少年符合 Medi-Cal 资格并且县评估显示需要参与县所涵盖的药物和酒精治疗服务，县政府将安排您的孩子或青少年接受该服务。

如何获得心理健康服务

我可以在哪里获得专业的心理健康服务？

您可以在您所居住的县获取专业的心理健康服务。专业的心理健康服务由行为健康心理健康计划部门或 MHP 在整个圣贝纳迪诺县内提供，与您的常规医生分开。根据您的要求，MHP 可以为您提供一份人员、诊所和医院目录，您可以从中获得您所在地区的心理健康服务。这称为“提供者清单”，其中包含医生、治疗师、医院和其他可以获得帮助的地方的名称、电话号码和地址。在寻求帮助之前，您可能需要先联系 MHP。拨打 DBH 会员服务热线 (888) 743-1478。这是一个全州每周 7 天、每天 24 小时的免费电话，用于索取提供者名单，并询问您在前往服务提供者办公室、诊所或医院寻求帮助之前是否需要联系 MHP。每个县均可为儿童、青少年、成人及老年人提供专业的心理健康服务。如果您未满 21 岁，您符合“早期定期筛查、诊断和治疗 (EPSDT)”的资格，该计划可能包含额外的承保范围和福利。

您的 MHP 将决定您是否需要专业的心理健康服务。如果您确实需要专业的心理健康服务，MHP 会将您转介绍给心理健康服务提供者。

医疗必要性

什么是医疗必要性？为什么它如此重要？

通过您所在县的 DMC-ODS 计划接受 SUD 治疗服务的其中一个必要条件是所谓的“医疗必要性”。这意味着医生或其他持照的专业人士将与您交谈，以决定是否有关医疗服务需求，以及如果您接受这些服务，是否能得到帮助。

医疗必要性之所以重要，是因为它将帮助决定您是否有资格获得 DMC-ODS 服务，以及什么类别的 DMC-ODS 服务合适。确定医疗必要性是获得 DMC-ODS 服务流程中非常重要的一部分。

覆盖物质使用障碍治疗服务的“医疗必要性”标准是什么？

作为确定您是否需要 SUD 治疗服务的一部分，县 DMC-ODS 计划将与您以及您的服务提供者一起协作，确定这些服务是否具有上述医疗必要性。本节内容将解释您参加的县计划将如何做出该决定。

如果要通过 DMC-ODS 接受服务，您必须满足以下条件：

- 您必须加入 Medi-Cal。
- 您必须居住在参与 DMC-ODS 的县。
- 您必须被诊断患有至少一项《精神疾病诊断和统计手册》(DSM) 中描述的物质相关及成瘾障碍。任何成年人或 21 岁以下的青年不符合医疗必要性标准，但被评估有 SUD 发病“风险”，则具备早期干预服务的资格。
- 您必须符合美国成瘾医学学会 (ASAM) 基于 ASAM 标准（ASAM 标准是成瘾和物质相关疾病的国家治疗标准）对服务医疗必要性的定义。

您不需要知道您是否被确诊即可寻求帮助。您所在县的 DMC-ODS 计划将帮助您获取这些信息并通过评估确定医疗必要性。

选择提供者

我该如何找到我需要的物质使用障碍治疗服务的提供者？

县计划可为您在选择提供者方面给出一些范围。在您最初开始使用服务时，您所在县的 DMC-ODS 计划必须提供至少两个服务提供者，除非县计划有充分的理由解释为什么无法提供选择，例如，只有一个提供者可以为您提供所需的服务。您的县计划还必须允许您更换提供者。当您要求更换提供者时，所在县必须允许您在至少两个提供者之间进行选择，除非有充分的理由可以不这样做。

有时候县签约提供者会自行或根据县计划的要求退出县网络。发生这种情况时，县计划必须在收到或发出终止通知后 15 天内，真诚努力地向接受该提供者 SUD 治疗服务的每一位患者发出县签约提供者服务终止的书面通知。

一旦我找到了提供者，县计划能否告诉我可以从该提供者获取哪些服务？

您、您的提供者以及县计划将根据医疗必要性标准和所涵盖的服务清单，一起决定您需要通过所在县接受哪些服务。有时候，所在县会把决定权交给您和提供者。其他时候，县计划可能会在提供者给您提供服务之前，要求您的提供者向县计划申请审查提供者认为您需要某项服务的原因。县计划必须使用合格的专业人员来进行审查。此审查程序被称为计划支付授权程序。

县计划的授权程序必须按特定的时间表进行。对于标准授权，计划必须在 14 个日历日内对您提供者的要求作出决定。如果您或您的提供者要求，或者如果县计划认为从您的提供者那里获取更多信息对您有利，则时间表可以最多再延长 14 个日历日。可能对您有利的一个延长示例是，如果县计划从您的提供者那里获得了额外信息，则所在县认为可以批准

您提供者的授权请求，如果没有该信息，则会拒绝请求。如果县计划延长了期限，则所在县将给您发送有关延长的书面通知。

如果所在县未在要求的时间内对标准或加急的授权请求作出决定，则县计划必须给您发送《不利福利裁定通知》，告诉您服务被拒绝，以及您可以提出上诉或要求举行州公听会。

您可以询问县计划了解有关授权程序的更多信息。查看本手册前面部分，了解如何索取信息。

如果您不同意县计划有关授权程序的决定，您可以向所在县提出上诉，或要求举行州公听会。

我的 DMC-ODS 计划使用哪些提供者？

如果您刚加入县计划，可以在本手册末尾找到您县计划完整的提供者名单，其中包含了提供者所在地点、其提供的 SUD 治疗服务的信息，以及其他有助您获得护理的信息，包括提供者可提供的文化和语言服务的相关信息。如果您对提供者有任何疑问，可以拨打本手册前面部分的您所在县的免费电话。

《不利福利裁定通知》

什么是《不利福利裁定通知》？

《不利福利裁定通知》，有时候也称为“NOABD”，当 DMC-ODS 计划对您是否可以获得 Medi-Cal SUD 治疗服务做出决定时，《不利福利裁定通知》作为该计划通知您的一种形式。如果您的申诉、上诉或加急上诉未能及时解决，或如果您未能在县计划提供服务的时间表内获得服务，也通过《不利福利裁定通知》来通知您。

我什么时候会收到《不利福利裁定通知》？

发生以下情况，您将收到《不利福利裁定通知》：

- 如果您的县计划或其中一个县计划提供者因为您不满足医疗必要性标准而决定您不符合接受任何 Medi-Cal SUD 治疗服务的资格。
- 如果您的提供者认为您需要一项 SUD 服务并请求县计划批准，但县计划不同意并拒绝您提供者的请求，或更改服务类型或频次。大多数情况下，您在接受服务之前都会收到《不利福利裁定通知》，但有时候会在您已接受服务后，或您正在接受服务的过程中收到《不利福利裁定通知》。如果您在接受服务之后收到《不利福利裁定通知》，则您无需为服务支付费用。
- 如果您的提供者已向县计划请求批准，但县计划需要更多的信息来做决定，而且未能及时完成批准程序。
- 如果您的县计划未根据县计划设立的时间表向您提供服务。请致电您的县计划，了解县计划是否已制定了时间表标准。

- 如果您向县计划提出申诉，而县计划未能在 90 个日历日内对您的申诉做出书面回复。如果您向县计划提出上诉，而县计划未能在 30 个日历日内对您的上诉反馈书面决定，或如果您提出加急上诉，且未能在 72 小时内收到回复。

当我没有获得我想要的服务时，我是否总是会收到不利福利裁定通知？

在一些情况下，您可能不会收到《不利福利裁定通知》。您仍然可以向县计划提出上诉，或如果您已完成上诉程序，当这些情况发生时，您可以请求举行州公听会。本手册包含了有关如何提出上诉或请求公听会的信息。您也可以从您提供者的办公室获得这些信息。

《不利福利裁定通知》会告知我哪些内容？

《不利福利裁定通知》将告知您：

- 您的县计划哪些做法会影响您与您获取服务的能力。
- 决定的生效日期以及该计划做出其决定的原因。
- 该县做出决定时遵守的州规定或联邦规定。
- 如果您不同意该计划的做法，您拥有哪些权利。
- 如何向该计划提出上诉。
- 如何请求州公听会。
- 如何请求加急上诉或加急公听会。
- 如何获得提出上诉或请求州公听会的帮助。
- 您需要多长时间提出上诉或请求州公听会。
- 在您等待上诉或州公听会裁定期间，您是否有资格继续接受服务。
- 如果您想要继续接受服务，您需要在什么时候提出上诉或请求州公听会。

我收到《不利福利裁定通知》时应该怎么办？

当您收到《不利福利裁定通知》时，您应仔细阅读表格上的所有信息。如果您不理解该表格，您的县计划可以为您提供帮助。您也可以请求他人帮助。

当您提交上诉或请求州公听会时，您可以请求继续接受已停止的服务。您必须在不迟于《不利福利裁定通知》邮戳日期或当面向您递交通知后 10 个日历日，或在变更生效日期前，请求继续接受服务。

问题解决程序

如果我没有从我的县 DMC-ODS 计划中获得我想要的服务，我该怎么办？

您的县计划可以帮助您解决与您现在正在接受的 SUD 治疗服务相关的任何问题。这个过程称为问题解决程序，涉及以下程序。

1. 申诉程序——表达您对 SUD 治疗服务相关的任何事宜（而不是针对《不利福利裁定》）的不满。

2. 上诉程序——审查县计划或您的提供者对您的 SUD 治疗服务做出的决定（拒绝或变更服务）。
3. 州公听会程序——进行审查，以确保您获得根据 Medi-Cal 计划有权获得的 SUD 治疗服务。

提出申诉或上诉，或州公听会并不会对您不利，且不会影响您正在接受的服务。当您的申诉或上诉完成时，您的县计划将通知您和其他相关人员最终的结果。当您的州公听会完成时，州公听会办公室将通知您和其他相关人员最终的结果。

详细了解以下每一个问题解决程序。

我能在提出上诉、申诉或州公听会时得到帮助吗？

您的县计划将安排人员向您解释这些程序，并帮助您通过申诉、上诉或请求向州公听会反应问题。他们还可以帮助您决定您是否符合“加急”程序的资格，“加急”程序指的是由于您的健康或稳定性面临风险，将加快问题审查速度。您还可以授权他人代表您行事，包括您的 SUD 治疗提供者。

如果您希望获得帮助，请致电免费电话 (800) 968-2636（电传机拨打：7-1-1）

如果我需要获得帮助以解决我的县 DMC-ODS 计划问题，但不想提出申诉或上诉，我该怎么办？

如果您无法在县里找到合适的人来帮助您解决问题，您可从加利福尼亚州获得帮助。

您可以从当地法律援助办公室或其他团体获得免费的法律帮助。您可以向公共咨询和回复小组询问关于您的听证权利，或请求免费的法律援助：

拨打免费电话：1-800-952-5253

如果您有听力障碍且使用 TDD，请拨打：1-800-952-8349

申诉程序

什么是申诉？

申诉是表达您对有关 SUD 治疗服务任何事宜的不满，而这些事不属于上诉或州公听会程序涵盖的问题。

申诉程序将：

- 涉及简单且易于理解的流程，使您可以通过口头或书面形式提交申诉。
- 不会以任何方式对您或您的提供者有任何不利。
- 允许您授权他人代表您行事，包括提供者。如果您授权他人代表您行事，县计划可能会要求您签署一份表格，以授权该计划向此人提供信息。

- 确保做出决定的个人具备资格，且未参与到任何之前级别的审查或决策。
- 确定您、您的县计划和您的提供者的角色和职责。
- 在要求的时限内提供申诉的解决方案。

我什么时候可以提出申诉？

如果您对正在从县计划接受的 SUD 治疗服务不满，或对县计划有其他顾虑，可随时向县计划提出申诉。

我如何提出申诉？

您可以拨打您的县计划免费电话获得有关申诉的帮助。该县将在所有提供者场所为您提供回邮信封，以便您邮寄申诉。申诉可以通过口头或书面形式提出。口头申诉之后不需要追加书面申诉。

我如何知道县计划是否收到我的申诉？

您的县计划将向您发送书面确认书，告诉您已收到您的申诉。

我的申诉什么时候能得到裁决？

您的县计划必须从您提出申诉之日起 90 个日历日内，对您的申诉做出决定。如果您申请延期，或如果县计划认为有必要获取额外的信息，且延期对您有利，则最多可以延长 14 个日历日。延期可能对您有利的一个例子是，当所在县认为如果县计划再有更多时间向您或其他相关人员了解信息才有可能解决您的申诉时。

我如何知道县计划是否已对我的申诉做出裁定？

当针对您的申诉做出裁定后，县计划将以书面形式通知您或您的授权代表他们的裁定。如果您的县计划未能按时通知您或任何受影响的相关方有关申诉决定，则县计划将为您提供《不利福利裁定通知》，告知您请求州公听会的权利。您的县计划将在期限到期之日为您提供《不利福利裁定通知》。

提出申诉有截止日期吗？

您可以随时提出申诉。

上诉程序（标准和加急）

您的县计划有责任允许您请求对该计划或您的提供者就您的 SUD 治疗服务做出的决定进行审查。有两种请求审查的方式。一种方式是使用标准上诉程序。第二种是使用加急上诉程序。这两种上诉形式类似，但加急上诉需要符合特定的要求。特定要求解释如下。

什么是标准上诉？

标准上诉是请求审查您与该计划或您与提供者之间的问题，涉及拒绝或变更您认为您需要的服务。如果您请求标准上诉，县计划可能最多需要 30 个日历日进行审查。如果您认为等待 30 个日历日将使您面临健康风险，您应该请求“加急上诉”。

标准上诉程序将：

- 允许您当面、通过电话或以书面形式提出上诉。如果您当面或通过电话递交上诉状，您随后必须提交一份签署的书面上诉书。您可以获得帮助来撰写上诉状。如果您最后未能提交签署的书面上诉书，您的上诉将不会得到解决。但是，您递交口头上诉状的日期则是上诉日期。
- 确保提出上诉将不会以任何形式对您或您的提供者产生不利。
- 允许您授权他人代表您行事，包括提供者。如果您授权他人代表您行事，该计划可能会要求您签署一份表格，以授权该计划向此人提供信息。
- 在要求的时间范围内，即从您的《不利福利裁定通知》盖上邮戳或当面提交给您之日起 10 个日历日内，根据上诉请求，继续接受您的福利。在上诉未决期间，您无需为继续接受的服务支付费用。如果您请求继续接受福利，并且上诉的最终裁定确认了减少或停止您正在接受的服务的决定，则您可能需要为在上诉未决期间提供的服务支付费用；
- 确保做出决定的个人具备资格，且未参与任何之前级别的审查或决策。
- 允许您或您的代表检查您的病例档案，包括您的医疗记录和上诉程序之前和过程中考虑的任何其他文件或记录。
- 允许您有合理的机会当面或以书面形式提交证据，进行事实陈述或法律陈述。
- 允许您、您的代表或已故会员遗产的法定代表人作为上诉的当事人。
- 通过给您邮寄书面确认书，让您知道您的上诉正在审查。
- 告知您在完成上诉程序之后，拥有请求州公听会的权利。

我什么时候可以提出上诉？

您可以向您所在县的 DMC-ODS 计划提出上诉：

- 如果您所在县或其中一个县签约提供者因为您不满足医疗必要性标准而决定您不符合接受任何 Medi-Cal SUD 治疗服务的资格。
- 如果您的提供者认为您需要一项 SUD 治疗服务并请求所在县批准，但所在县不同意并拒绝您提供者的请求，或更改服务类型或频次。
- 如果您的提供者已向县计划请求批准，但所在县需要更多的信息来做决定，而且未能及时完成批准程序。
- 如果您的县计划未根据县计划设立的时间表向您提供服务。
- 如果您认为县计划提供的服务未能尽快满足您的需求。
- 如果您的申诉、上诉或加急上诉没有得到及时解决。
- 如果您和您的提供者未能就您需要的 SUD 服务达成一致。

我如何提出上诉？

您可以拨打您的县计划免费电话获得有关提出上诉的帮助。该计划将在所有提供者场所为您提供回邮信封，以便您邮寄上诉书。

我如何知道我的上诉已经被裁定？

您所在县的 DMC-ODS 计划将以书面形式通知您或您的代表他们对您上诉的裁定。通知将包含以下信息：

- 上诉解决程序结果。
- 做出上诉裁定的日期。
- 如果上诉未能完全对您有利，该通知还将包含有关您请求州公听会的权利，以及申请州公听会的程序的信息。

提出上诉有截止日期吗？

您必须在《不利福利裁定通知》之日起 60 个日历日内提出上诉。请记住，您不一定会总是收到《不利福利裁定通知》。如果您没有收到《不利福利裁定通知》，则提出上诉没有截止日期，您可以随时提出此类型的上诉。

什么时候会对我的上诉做出裁定？

县计划必须在收到您请求上诉之日起 30 个日历日内对您的上诉做出裁定。如果您申请延期，或如果县计划认为有必要获取额外的信息，且延期对您有利，则最多可以延长 14 个日历日。延期对您有利的一个例子是，当所在县认为如果县计划再有更多时间向您或您的提供者了解信息才有可能批准您的上诉时。

如果我不能为我的上诉裁定等待 30 天该怎么办？

如果符合加急上诉程序，则上诉程序可能会更快。

什么是加急上诉？

加急上诉是对上诉做出裁定的一种更快的方式。加急上诉程序遵照的程序与标准上诉程序类似。但是，

- 您的上诉必须满足特定要求。
- 加急上诉程序还遵循不同于标准程序的截止日期。
- 您可以口头提出加急上诉。您无需以书面形式提出加急上诉请求。

我什么时候可以提出加急上诉？

如果您认为为标准上诉的裁定等待长达 30 个日历日会危及您的生命、健康或获得、维持或恢复最大身体机能的能力，您可以请求加急解决上诉。如果县计划同意您的上诉符合加急上诉的要求，您所在的县将在县计划收到上诉起 72 小时内解决您的加急上诉。如果您

申请延期，或如果县计划表明有必要获取额外的信息，且延期对您有利，则最多可以延长 14 个日历日。如果您的县计划延长了期限，则该计划将给您发送延期理由的书面解释。

如果县计划决定您的上诉不符合加急上诉的要求，则县计划必须做出合理的努力向您及时发送口头通知，并在 2 个日历日内以书面形式通知您做出该决定的理由。您的上诉将遵循本节前面部分概述的标准上诉时间表。如果您不同意所在县认为您的上诉不符合加急上诉标准的决定，您可以提出申诉。

一旦您的县计划解决了您的加急上诉，该计划将以口头和书面形式通知您和所有受影响的各方。

州公听会程序

什么是州公听会？

州公听会是由加州社会服务部执行的独立审查，以确保您获得了根据 Medi-Cal 计划有权获得的 SUD 治疗服务。

我享有哪些州公听会权利？

您有权：

- 在加州社会服务部进行听证会（也称为州公听会）。
- 知晓如何请求州公听会。
- 知晓在州公听会上管理代表的规则。
- 如果您在要求的期限内请求州公听会，则在州公听会程序期间，根据您的请求继续获得福利。

我什么时候可以申请州公听会？

在以下情况下，您可以申请州公听会：

- 如果您已完成县计划上诉程序。
- 如果您所在县或其中一个县签约提供者因为您不满足医疗必要性标准而决定您不符合接受任何 Medi-Cal SUD 治疗服务的资格。
- 如果您的提供者认为您需要一项 SUD 治疗服务并请求县计划批准，但县计划不同意并拒绝您提供者的请求，或更改服务类型或频次。
- 如果您的提供者已向县计划请求批准，但所在县需要更多的信息来做决定，而且未能及时完成批准程序。
- 如果您的县计划未根据县设立的时间表向您提供服务。
- 如果您认为县计划提供的服务未能尽快满足您的需求。
- 如果您的申诉、上诉或加急上诉没有得到及时解决。
- 如果您和您的提供者未能就您需要的 SUD 治疗服务达成一致。

我如何申请州公听会？

您可以直接从加州社会服务部申请州公听会。您可以致函以下地址申请州公听会：

State Hearings Division
California Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 95814

您也可以致电 1-800-952-8349，TDD 请拨打 1-800-952-8349。

申请州公听会有截止日期吗？

您只有 120 个日历日来要求举行州公听会。120 天可以从县计划当面给您其上诉裁定通知后次日开始，也可以从县上诉裁定通知的邮戳日期次日开始。

如果您未收到《不利福利裁定通知》，您可以随时申请州公听会。

在等待州公听会裁定期间，我是否可以继续享有服务？

是的，如果您目前正在接受治疗，并且您希望在上诉期间继续接受治疗，您必须从上诉裁定通知盖邮戳或交付给您之日起 10 日内，或者在您的县计划宣布将停止或减少服务之日前要求举行州立公听会。当您要求举行州公听会时，您必须表示您希望继续接受您的治疗。此外，在州公听会未决期间，您无需为接受的服务支付费用。

如果您请求继续接受福利，并且州公听会的最终裁定确认了减少或停止您正在接受的服务的决定，则您可能需要为在州公听会未决期间提供的服务支付费用。

如果我无法为我的州公听会裁定等待 90 天该怎么办？

如果您认为正常的 90 个日历日期限会导致您的健康出现严重问题，包括您获得、维持或恢复重要的生命机能的能力，您可以请求加急（更快速的）的州公听会。社会服务部州听证部门将审查您的加急公听会请求，并决定是否符合标准。如果您的加急听证会请求获得批准，将在州听证部门收到您的请求之日起 3 个工作日内举行听证会并发布听证会裁定。

有关加利福尼亚州 MEDI-CAL 计划的重要信息

哪些人可以获得 Medi-Cal？

如果您属于以下人群之一，您可能有资格获得 Medi-Cal：

- 65 岁或以上
- 21 岁以下
- 21 岁至 65 岁之间的成年人，根据收入确定资格
- 盲人或残障人士
- 孕妇
- 特定的难民，或古巴/海地移民
- 在疗养院接受护理

您必须居住在加利福尼亚才能符合 Medi-Cal 资格。致电或前往您当地的县社会服务办公室索取 Medi-Cal 申请书，或通过以下网站获取 <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ApplyforMedi-Cal.aspx>。

我需要为 Medi-Cal 支付费用吗？

根据您每个月获得或赚取的金额，您可能需要为 Medi-Cal 支付费用。

- 如果您的收入低于 Medi-Cal 为您的家庭规模设置的限制，则您无需为 Medi-Cal 服务支付费用。
- 如果您的收入高于 Medi-Cal 为您的家庭规模设置的限制，则需要为您的医疗或 SUD 治疗服务支付一些费用。您支付的金额称为“分摊费用”。一旦您支付“分摊费用”后，Medi-Cal 将为您支付该月承保医疗账单中剩余的费用。在未发生医疗费用的月份中，您无需支付任何费用。
- 您可能需要为 Medi-Cal 的任何治疗支付“共同费用”。这表示每次您接受医疗或 SUD 治疗服务或处方药物（药品）时您需要支付一笔自付费用，如果您去医院急诊室接受常规服务，则需要支付共同费用。

您的提供者将告诉您是否需要支付共同费用。

Medi-Cal 是否涵盖交通服务？

如果您在前往医疗预约或药物和酒精治疗预约时遇到困难，Medi-Cal 计划可以帮助您找到交通工具。

- 对于儿童，县儿童健康和残疾预防 (CHDP) 计划可以提供帮助。您也可以致电 (877) 410-8829 联系您的县社会服务办公室。您还可以通过访问 www.dhcs.ca.gov，点击“(Service) 服务”，然后点击“Medi-Cal”在线获取信息。
- 对于成年人，您的县社会服务办公室可以提供帮助。您可以致电 (877) 410-8829 联系圣贝纳迪诺县过渡援助部。或者您可以访问 www.dhcs.ca.gov，点击“(Service) 服务”，然后点击“Medi-Cal”在线获取信息。
- 如果您参加了 Medi-Cal 托管式护理计划 (MCP)，则 MCP 需要根据《福利和机构法》第 14132 (ad) 部分的规定提供交通方面的协助。交通服务可满足所有服务需求，包括未包含在 DMC-ODS 计划中的服务。

会员权利和责任

作为 DMC-ODS 服务的接受者，我有哪些责任？

作为符合 Medi-Cal 资格并且居住在 DMC-ODS 试点计划县的人员，您有权利从县计划接受医疗上必要的 SUD 治疗服务。您有权：

- 受到尊重，充分考虑您的隐私权以及您医疗信息保密性的需要。
- 接收有关可用的治疗方案和替代方案的信息，以适合会员身体状况和理解能力的方式呈现。
- 参与有关您的 SUD 护理的决策，包括拒绝治疗的权利。
- 当在医疗上有必要治疗紧急状况或急救或危机情况时，可以接受及时的护理，包括每周 7 天、每天 24 小时的服务。
- 接收本手册中关于县 DMC-ODS 计划涵盖的 SUD 治疗服务、县计划的其他义务以及此处所述的您的权利的信息。
- 让您的保密健康信息得到保护。
- 请求并接受您的医疗记录副本，并请求按照《美国联邦法规》第 45 篇第 164.524 和 164.526 条的规定对医疗记录进行修改或更正。
- 根据请求，及时以适合所请求的格式接收其他格式的书面材料（包括盲文、大字印刷和音频格式）。
- 获得您首选语言的口译服务。
- 从县计划获得 SUD 治疗服务，该县计划应遵循其与加州政府签署的协议中关于以下方面的要求：服务的可及性、保证足够能力和服务、护理的协调性与连续性，以及服务范围 and 授权。
- 如果您是未成年人，获得未成年人知情同意服务。
- 如果该计划没有能提供服务的雇员或签约提供者，及时在网络外获得医疗上必要的服务。“网络外提供者”指的是没有在县计划提供者名单中的提供者。该县必须确保您不会为了探访网络外提供者而支付任何额外费用。您可以致电免费电话 (800) 968-2636 联系会员服务，获取有关如何从网络外提供者处接受服务的信息。
- 向该县网络内或网络外合格的健康护理专业人员寻求第二意见，无需支付额外费用。
- 以口头或书面形式对组织或接受的护理提出申诉。
- 收到《不利福利裁定通知》后以口头或书面形式提出上诉。
- 请求举行州 Medi-Cal 公听会，包括有关可以进行加急公听会情形的信息。
- 免受任何形式的作为胁迫、惩罚、便利或报复手段的约束或隔离。
- 自由行使这些权利，且不会对县计划、提供者或州政府对待您的方式产生不利影响。

作为 DMC-ODS 服务的接受者，我有哪些责任？

作为 DMC-ODS 服务的接受者，您有责任：

- 认真阅读您从县计划收到的会员告知材料。这些材料将帮助您理解哪些服务可用，以及在您需要时如何获得治疗。
- 按照计划接受治疗。如果您遵循您的治疗计划，您将获得最好的结果。如果您确实需要失约，请提前 24 小时给您的提供者打电话，并重新安排日期和时间。
- 当您接受治疗时，务必携带您的 Medi-Cal（县计划）ID 卡和带相片的身份证。
- 如果您需要口译员，请在预约前告诉您的提供者。
- 告诉您的提供者所有您的医疗问题，以便您的计划准确无误。您分享的需求信息越完整，您的治疗就越成功。
- 务必向提供者提出您的任何疑问。您完全了解您的治疗计划以及治疗期间收到的任何其他信息至关重要。
- 遵循您和您的提供者达成一致的治疗计划。
- 愿意与您治疗的提供者建立牢固的工作关系。
- 如果您对您的服务有任何问题，或者如果您与您的提供者之间产生了您无法解决的任何问题，请联系县计划。
- 如果您的个人信息有任何变更，请告诉您的提供者和县计划。这包括地址、电话号码，以及任何其他可能会影响您参与治疗的医疗信息。
- 尊重并礼貌对待为您提供治疗的员工。
- 如果您怀疑存在欺诈或不法行为，请立即报告。您可以拨打 DBH 合规热线 (800) 398-9736，或致电 (909) 388-0879 直接联系合规办公室。

提供者目录

您可以在所有 DMC-ODS 提供者场所以及以下的 DBH 网站上获取当前的提供者目录：

- <https://wp.sbcounty.gov/dbh/wp-content/uploads/2021/06/SUDRS-Organizational-Rendering-Provider-Directory.pdf>
- <https://wp.sbcounty.gov/dbh/wp-content/uploads/2021/06/SUDRS-Spanish-Organizational-Provider-Directory.pdf>

也可以拨打免费电话 (800) 968-2636 索取提供者目录。（电传机拨打 7-1-1）

提供者目录包括：

- 1) 每个提供者可提供的服务类别的信息；
- 2) 按类别划分的当前签约提供者的名称、地点和电话号码；
- 3) 确定非英语的语言服务选项，以及旨在解决文化差异的服务，以及；
- 4) 提供一种方式，使受益人可以确定哪些提供者不接受新的受益人。

护理过渡请求

我什么时候可以请求保留我以前的、目前在网络外的供应者？

- 加入县计划后，如果出现以下情况，您可以请求保留您的网络外提供者：

- 转移到新的提供者会严重损害您的健康，或者增加您住院或入住医疗机构的风险；以及
- 在您过渡到县计划的日期之前，您已经从网络外提供者那里接受治疗。

我如何申请保留网络外提供者？

- 您、您的授权代表或您当前的提供者可采取书面形式向县计划递交请求。您还可以拨打电话 (800) 968-2636 联系会员服务。（电传机拨打 7-1-1），了解有关如何请求从网络外提供者处获得服务的信息。
- 县计划将在收到您的请求后，发送书面确认书，并在三 (3) 个工作日内开始处理您的请求。

如果在过渡到县计划后，我继续接受网络外提供者的服务，会怎么样？

- 您可以在接受网络外提供者服务后的三十 (30) 个日历日内提出护理追溯过渡请求。

为什么县计划会拒绝我的护理过渡请求？

- 如果出现以下情况，县计划可能会拒绝您保留先前的网络外提供者的请求：
 - 县计划已记录该提供者的护理质量问题。

如果我的护理过渡请求被拒绝会怎么样？

- 如果县计划拒绝您的护理过渡，它将：
 - 以书面形式通知您；
 - 为您提供至少一个网络内的替代提供者，该提供者提供的服务级别与网络外的提供者相同；以及
 - 告知您如果您不同意该拒绝结果，您有权提出申诉。
- 如果县计划为您提供多个网络内替代提供者，但您没有做出选择，则县计划将转介或给您分配网络内提供者，并以书面形式通知您该转介或分配决定。

如果我的护理过渡请求得到批准会怎么样？

- 在批准您的护理过渡请求后七 (7) 天内，县计划将为您提供：
 - 请求批准函；
 - 护理过渡安排的持续时间；
 - 连续护理期结束时，将发生的护理过渡流程；以及
 - 您有随时从县计划的提供者网络中选择不同提供者的权利。

我的护理过渡请求多快能得到处理？

- 县计划将在收到您的请求之日起三十 (30) 个日历日内完成您护理过渡请求的审核。

我的护理过渡期结束时会发生什么？

- 县计划将在护理过渡期结束前三十 (30) 个日历日内书面通知您，护理过渡期结束时您的护理过渡到网络内提供者将会发生的流程。

按城市和邮政编码列出的批准的替代访问标准

服务类型	邮政编码	城市	批准标准	批准理由
门诊治疗服务 18 岁以上和 0-17 岁	93562	特罗纳	75 分钟 45 英里	圣贝纳迪诺县将继续与网络内提供者合作提供远程医疗服务。受益人可能会被转介到克恩县接受面对面服务。正在为网络外提供者制定《个案协议》。最近的潜在提供者位于加州里奇克雷斯特，距离 93562 地区 29 分钟车程，24 英里。
门诊治疗服务 18 岁以上和 0-17 岁	89019	内华达州珍恩市	不适用	DHCS 通知圣贝纳迪诺县邮政编码 89019 位于内华达州，不在圣贝纳迪诺县负责的范围内。
阿片类药物治疗服务 18 岁以上和 0-17 岁	93562	特罗纳	34 分钟 28 英里	圣贝纳迪诺县与 Aegis Treatment Centers, LLC（地址：加州里奇克雷斯特 1111 Inyokern Road）签订了协议，该机构符合时间和距离标准。
阿片类药物治疗服务 18 岁以上和 0-17 岁	92363	尼德尔斯	75 分钟 45 英里	圣贝纳迪诺县将继续与网络内提供者合作提供远程医疗服务。正在为网络外提供者制定《个案协议》。最近的潜在提供者位于亚利桑那州布尔海德市，距离 92363 地区 29 分钟车程，20 英里。
阿片类药物治疗服务 18 岁以上	92364	尼普顿	75 分钟 45 英里	受影响的受益人居住在偏远地区。圣贝纳迪诺县将继续与网络内提供者合作提供远程医疗服务。正在为网络外提供者制定《个案协议》。最近的潜在提供者位于内华达州亨德森市，距离 92364 地区 59 分钟车程，43 英里。
阿片类药物治疗服务 18 岁以上和 0-17 岁	89019	内华达州珍恩市	不适用	DHCS 通知圣贝纳迪诺县邮政编码 89019 位于内华达州，不在圣贝纳迪诺县负责的范围内。
阿片类药物治疗服务 18 岁以上和 0-17 岁	92304	安博伊	75 分钟 45 英里	受影响的受益人居住在偏远地区。圣贝纳迪诺县目前在这个地区有一家签约提供者，可能会修改现有合同。圣贝纳迪诺县将继续与网络内提供者合作提供远程医疗服务。正在为网络外提供者制定《个案协议》。最近的潜在提供者位于加州

				约书亚树（距离 92304 地区 58 分钟车程，47 英里）及丝兰谷（距离 92304 地区 86 分钟车程，47 英里）。
阿片类药物治疗服务 18 岁以上和 0-17 岁	92332	埃塞克斯	75 分钟 45 英里	受影响的受益人居住在偏远地区。最近的网络外提供者远远超出时间和距离标准。圣贝纳迪诺县将继续与网络内提供者合作提供远程医疗服务。正在为网络外提供者制定《个案协议》。最近的潜在提供者位于加州约书亚树（距离 92332 地区 134 分钟车程，144 英里）及丝兰谷（距离 92332 地区 234 分钟车程，123 英里）。
阿片类药物治疗服务 18 岁以上和 0-17 岁	92267	派克大坝	75 分钟 45 英里	受影响的受益人居住在偏远地区。圣贝纳迪诺县将继续与网络内提供者合作提供远程医疗服务。正在为网络外提供者制定《个案协议》。最近的潜在提供者位于亚利桑那州哈瓦苏湖城，距离 92267 地区 28 分钟车程，24 英里。
阿片类药物治疗服务 18 岁以上和 0-17 岁	92242	大河/厄普	75 分钟 45 英里	受影响的受益人居住在偏远地区。圣贝纳迪诺县将继续与网络内提供者合作提供远程医疗服务。正在为网络外提供者制定《个案协议》。最近的潜在提供者位于亚利桑那州哈瓦苏湖城，距离 92242 地区 46 分钟车程，40 英里。
阿片类药物治疗服务 18 岁以上和 0-17 岁	92280	维达尔	75 分钟 45 英里	受影响的受益人居住在偏远地区。圣贝纳迪诺县将继续与网络内提供者合作提供远程医疗服务。正在为网络外提供者制定《个案协议》。最近的潜在提供者位于亚利桑那州哈瓦苏湖城，距离 92280 地区 63 分钟车程，63 英里。
阿片类药物治疗服务 0-17 岁	92364	尼普顿	75 分钟 45 英里	受影响的受益人居住在偏远地区。圣贝纳迪诺县将继续与网络内提供者合作提供远程医疗服务。正在为网络外提供者制定《个案协议》。最近的潜在提供者位于亚利桑那州布尔海德市，距离 92364 地区 66 分钟车程，44 英里。