

Sacramento County

心理健康計劃 (MHP)

受益人手冊

專業心理健康服務



7001-A East Parkway, Suite
300
Sacramento, CA 95823

修訂日期： 2023 年 9 月

生效日期： 2024 年 1 月 1 日*

*該手冊必須在受益人首次獲得服務時提供。

LANGUAGE TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-916-875-6069, California Relay 711. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-916-875-6069, California Relay 711. These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-916-875-6069, California Relay 711. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريلا والخط الكبير. اتصل بـ 1-916-875-6069, California Relay 711. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-916-875-6069, California Relay 711. : Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշվանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-916-875-6069, California Relay 711. Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-916-875-6069, California Relay 711. ។ ជំនួយ នឹង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ចាត់ចែងសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-916-875-6069, California Relay 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 1-916-875-6069, California Relay 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 1-916-875-6069, California Relay 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 1-916-875-6069, California Relay 711 تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-916-875-6069, California Relay 711 تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-916-875-6069, California Relay 711 पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध 1-916-875-6069, California Relay 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 1-916-875-6069, California Relay: 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 1-916-875-6069, California Relay 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 1-916-875-6069, California Relay 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。 1-916-875-6069, California Relay 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 1-916-875-6069, California Relay 711.번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-916-875-6069, California Relay 711.번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-916-875-6069, California Relay 711. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-916-875-6069, California Relay 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 1-916-875-6069, California Relay 711. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-916-875-6069, California Relay 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 1-916-875-6069, California Relay 711. ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-916-875-6069, California Relay 711. ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।



Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-916-875-6069, California Relay 711. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-916-875-6069, California Relay 711. Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-916-875-6069, California Relay 711. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-916-875-6069, California Relay 711. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-916-875-6069, California Relay 711. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-916-875-6069, California Relay 711. Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-916-875-6069, California Relay 711. นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-916-875-6069, California Relay 711. ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-916-875-6069, California Relay 711. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-916-875-6069, California Relay 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 1-916-875-6069, California Relay 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 1-916-875-6069, California Relay 711. Các dịch vụ này đều miễn phí.



目錄

其他語言版本和形式	3
非歧視聲明	5
基礎資訊.	7
關於 MEDI-CAL 計畫的重要資訊.....	10
如何判斷您或您相識的人是否需要幫助.....	13
獲得專業心理健康服務.....	16
選擇一位服務供應商.....	23
您存取醫療記錄和服務供應商目錄資訊的權利.....	25
服務範圍.....	26
心理健康計畫中的《不利權益裁決》	34
問題解決流程：提交投訴或發起上訴.....	37
申訴流程.....	39
上訴流程（常規流程和快速流程）	42
州公平聽證流程.....	46
預立指示.....	49
受益人權利和責任.....	51



其他語言版本和形式

其他語言

您可免費獲得其他語言版本的《受益人手冊》和其他資料。我們提供由合格翻譯人員提供的書面翻譯。請撥打 MHP 916-875-6069, 888-881-4881, California Relay 711。此電話為免費電話。在本文件的其餘部分中，薩克拉門託縣心理健康計劃將被稱為 MHP。閱讀本受益人手冊以了解有關醫療保健語言援助服務（例如口譯員和筆譯服務）的更多資訊。

其他形式

您也可以免費獲得以其他形式提供的本手冊內容，包括點字、20 號大字體印刷版本，音訊版本。可致電 MHP 916-875-6069, California Relay: 711 或 1-888-881-4881。此電話為免費電話。



口譯服務

MHP 由合格的口譯員提供 24 小時免費的口譯服務。您無需尋求家人或朋友的幫助來為您提供口譯。我們不鼓勵使用未成年人擔任口譯員，除非是緊急情況。您可以免費獲得口譯、語言和文化服務。每週 7 天，每天 24 小時提供協助。如需語言協助或獲得本手冊的其他語言版本，請撥打 MHP 916-875-6069, California Relay 711, 888-881-4881。此電話為免費電話。



非歧視聲明

歧視是違法的。MHP 遵守州和聯邦民權法。MHP 不會因性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族裔群體、年齡、精神殘疾、身體殘疾、醫療狀況、遺傳訊息、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向而非法歧視、排斥他人或區別對待。

MHP 提供：

- 為殘疾人提供免費援助和服務，幫助他們更好地溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他形式的書面訊息（大字體、點字、音訊或可存取的電子形式）
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - 合格的口譯員
 - 用其他語言編寫的信息

如果您需要這些服務，請在[營業時間]內撥打 8:00am - 5:00pm 聯絡 MHP 916-875-6069。或者，如果您聽不清楚或講話不流暢，請撥打 California Relay 711。根據要求，我們可以以點字、大字體、音訊或可存取的電子形式向您提供本文檔。

如何提出投訴

如果您認為[合作機構]未能提供這些服務或以其他方式非法歧視性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族裔群體、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，您可以向[合作機構的民權協調員]提出申訴。您可以透過電話、書面、親臨或電子方式提出投訴：

- 透過電話：請於上午 8:00 至下午 5:00 聯繫 MHP 的民權協調員，電話：916-875-6069。或者，如果您聽力或說話有困難，請撥打 California Relay：711。
- 書面形式：填寫投訴表或寫信並寄給：

Sacramento County Mental Health Plan
7001-A East Parkway, Suite 300
Sacramento, CA 95823

- 親臨：前往您的醫生辦公室或 MHP 並表示您想要提出投訴。



- 電子方式：造訪[合作機構]網站 [Problem Resolution \(saccounty.gov\)](http://saccounty.gov/Problem-Resolution)。

民權辦公室 - 加州醫療保健服務部

您也可以透過電話、書面或電子方式向加州衛生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。如果您言語或聽力不佳，請致電 711（加州轉接服務）。
- 書面形式：填寫投訴表或寄信至：
Department of Health Care Services（醫療保健服務部民權辦公室）
PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

投訴表格可在以下網址獲得：

<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，您也可以透過電話向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，以書面或電子方式：

- 透過電話：撥打 1-800-368-1019。如果您言語或聽力不佳，請致電 TTY/TDD 1-800-537-7697。
- 書面形式：填寫投訴表或寄信至：

US Department of Health and Human Services (美國衛生與公眾服務部)
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 2020 1

- 投訴表格可在以下網址獲得：
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



- 電子方式：造訪民權辦公室投訴入口網站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

基礎資訊

閱讀本手冊的重要性是什麼？

本手冊將告知您，如何透過您所在縣的心理健康計畫獲得 **Medi-Cal** 中的專業心理健康服務。本手冊講解的是您擁有的權益以及獲得護理的方法。本手冊也將為您解答許多問題。

您將了解：

- 如何獲得專業心理健康服務
- 您可獲得哪些權益
- 若您有相關疑問或問題應該如何處理
- 身為 **Medi-Cal** 受益人，您的權利和責任分別有哪些

若您現在無法閱讀本手冊，請保留手冊以便日後閱讀。本手冊和其他書面資料均可透過以下兩種方式免費獲得，您可造訪網站 [Members' Handbook \(saccounty.gov\)](http://Members' Handbook (saccounty.gov)) 獲得電子版 0jk 本，也可透過心理健康計畫獲得印刷版本。若您想獲得列印本，可撥打 916-875-6069。

在您投保 **Medi-Cal** 之後，您將收到本手冊作為了解計劃的附加資訊。

您是否需要您所持語言版本的手冊或其他形式的手冊？

如果您說英語以外的語言，我們將免費為您提供口語翻譯服務。請致電您的心理健康計劃將每週7天，每天24小時線上提供服務。



若您需要獲得本手冊或其他書面資料的其他形式（如大字體印刷版本、點字版本或音訊版本），您也可以致電 聯繫心理健康計劃。心理健康計劃將協助您解決問題。

若您需要本手冊或其他書面資料的非英語語言版本，請致電心理健康計劃。心理健康計劃將透過電話以您的語言為您提供協助。

此資訊可按下列語言提供。

- 阿拉伯
- 廣東話
- 波斯語
- 苗族
- 俄文
- 西班牙語
- 越南語

心理健康計畫涵蓋哪些責任？

心理健康計劃涵蓋以下責任：

- 甄別您是否符合標準獲得由縣府或其供應商網絡所提供的專業心理健康服務。
- 提供評估服務從判斷您是否有需要接受專業心理健康服務。
- 提供每週 7 天，每天 24 小時免費電話服務，隨時為您講解如何獲得心理健康計畫相關服務。916-875-1055、免付費電話 1-888-881-4881 或 California Relay:711。
- 為您近距離配對充足的照護者資源，確保您在有需要的時候，可獲得由心理健康計畫提供的心理健康治療服務。
- 告知並幫助您了解心理健康計畫的可用服務詳情。
- 以您的語言為您提供服務項目或（如有需要）提供免費的口譯服務，並讓您了解這些口譯服務都是可為您所用的。



- 以其他語言版本或替代形式（如點字或大字體印刷）向您提供有關您可用服務的書面資訊。 [由各縣填寫附加信息，介紹其他常用語言版本的資料、其他可用的替代形式、以及可用的輔助設備與服務等]。
- 若本手冊有任何重大資訊變更，將會在變更生效日期前最少 30 天內通知您相關變更。重大變更所指的是：增加或刪減可用的服務種類，增加或刪減網絡內供應商，或有可能影響到您透過心理健康計劃所享權益的任何變更。
- 根據需要協調您的照護需求與其他計畫或交付系統，確保照護服務交接的平穩過度，指導受益人轉診，確保轉介流程形成閉環，確認新的護理人員可以為受益人提供照護服務。
- 如果更換醫護供應商將導致您的健康受損或增加住院風險，請確保您在一段時間內能夠繼續訪問之前和當前的網絡外的醫護供應商。



關於 Medi-Cal 計畫的重要訊息

是否提供交通服務？

如果您無法前往醫療預約或心理健康計劃預約，Medi-Cal 計劃可以幫助您找到交通。當 Medi-Cal 受益人無法自行乘車或駕車，或出於醫療必要性需享有 Medi-Cal 所涵蓋的特定服務時，可為其提供交通。預約有兩種交通方式：

- 非醫療交通是指為沒有其他方式前往預約的人員提供的私人或公共交通工具。
- 非緊急醫療交通是指為無法使用公共或私人交通工具的人提供的救護車、輪椅車或垃圾車的運輸。

我們提供前往藥局或領取所需醫療用品、義肢、矯正器和其他設備的交通服務。有關交通的更多資訊和協助，請聯絡您的管理式醫療計劃。

當您是 Medi-Cal 參保人士而未參與管理式醫療計劃時，您需要非醫療交通前往健康相關服務，您可以直接聯繫非醫療運輸供應商或您的供應商以獲取幫助。當您和車輛公部門聯繫時，他們將會問您預約的日期和時間。如果您需要非緊急醫療交通，您的服務供應商可以指派非緊急醫療交通服務，並幫助您與車輛供應商取得聯繫，以協調您往返預約的行程。



緊急服務指什麼？

緊急服務指的是受益人遭遇意外醫療狀況，包括精神疾病類緊急醫療狀況時，需要提供的服務。

緊急醫療狀況的症狀非常嚴重（包括劇烈疼痛），以至於一般人可以合理地預期以下狀況隨時可能發生：

- 個人健康（或未出生胎兒的健康）有可能會出現非常嚴重的問題
- 對您的身體機能造成嚴重傷害
- 人體任何器官或部位出現非常嚴重的問題

當一般人對某人出現以下想法時，精神疾病類緊急醫療狀況將發生：

- 因心理健康狀況或疑似心理健康狀況的原因，當下此人有可能對他或她或其他人 構成危險。
- 因心理健康狀況或疑似心理健康狀況的原因，導致此人立即出現喪失身體功能、無法進食、無法穿衣、無法避險等行為。

為 Medi-Cal 受益人提供每週 7 天，每天 24 小時的緊急服務。緊急服務無需事先授權。

Medi-Cal 計畫將涵蓋緊急情況，無論所遭遇情況是否歸咎於身體健康或心理健康狀況（導致與自己或他人相關的痛苦和/或功能障礙的想法、感覺和行為）的原因。若您已投保 Medi-Cal，您將免繳急診室費用，即便事後證明您不屬於緊急情況。如果您認為自己遭遇了緊急情況，可致電 **911** 或前往任何一家醫院或其他場所尋求救助。

我必須支付 Medi-Cal 的費用嗎？

大多數人無需為 Medi-Cal 支付任何費用。在某些情況下，您可能需要根據您每月獲得或賺取的金額支付 Medi-Cal 的費用。

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



- 如果您的收入超過 **Medi-Cal** 對您家庭人數的限制，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「費用份額」。一旦您支付了“費用份額”，**Medi-Cal** 將支付您當月承保醫療費用的其餘部分。在沒有醫療費用的幾個月裡，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”。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行支付部分費用。

您的醫護供應商會告訴您是否需要支付共付。

如果我產生了自殺的念頭,我該聯絡誰?

如果您或相識的人陷入危機，請撥打 **988** 或 **1-800-273-TALK (8255)** 致電全國預防自殺救援專線。可以透過 <https://988lifeline.org/> 進行聊天。

對於在尋求危機援助，且有需求聯繫心理健康計劃的本地居民，請致電

- Suicide Prevention Crisis Line: 916-368-3111
- Sacramento County Mental Health Plan: 916-875-1055 or 1-888-881-4881
- Sacramento County Mental Health Treatment Center: 916-732-3637 or 916-875-1000.
- Turning Point Community Programs - Mental Health Urgent Care Clinic: 916-520-2460
- Sacramento County Community Support Team (CST): 916-874-6015

我可以在哪裡獲得有關 **Medi-Cal** 的更多資訊?

有關 **Medi-Cal** 的更多信息，請訪問衛生保健服務部網站

<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Beneficiaries.aspx>



如何判斷您或您相識的人是否需要協助

如何知曉我個人在何時需要協助？

很多人在生活中都會遭遇苦難，也可能會發生心理健康或情緒問題。要記住最重要的一點就是您可以獲得幫助。如果您或您的家人符合 **Medi-Cal** 的條件並需要心理健康服務，您可致電心理健康計劃專線，號碼為 916-875-1055、加州轉接 711 或免費電話 1-888-881-4881。若您的管理式醫療計劃認為您或您的家庭成員需要管理式醫療計劃未承保的心理健康服務，他們也會幫助您聯繫心理健康計劃。心理健康計劃將幫助您尋找合適的服務供應商。

如果您發現您或家人正在經歷嚴重或持續的痛苦，這影響了您或他們管理日常生活的能力，或者感覺您不想活下去，請致電您的心理健康計劃。如果您需要以下一種或多種症狀的協助，請致電您的心理健康計劃：

- 太多的擔憂或恐懼
- 感覺太悲傷或情緒低落
- 思考遇到了問題：
 - 難以解釋的注意力、記憶力或邏輯思考和言語問題
- 極端的情緒變化，包括：
 - 感覺太好了，處於世界之巔
 - 感覺太煩躁或生氣太久
- 迴避朋友和社交活動
- 與他人的關係有問題
- 睡眠過多或過少
- 吃太多或太少
- 聽覺、視覺或感覺方面出現難以解釋或大多數人認為不存在的情況
- 酗酒或吸毒的問題



- 許多沒有明顯原因的身體問題，例如：
 - 頭痛
 - 胃痛
- 有自殺的念頭
- 功能突然或異常改變：
 - 無法進行日常活動，在工作、學校或熟悉的任務中遇到問題

如何辨別兒童或是青少年何時需要協助？

若您覺得您的小孩或是青少年表現出任何心理健康狀況的症狀，可以致電 916-875-1055 聯繫心理健康計劃或管理式醫療計劃，以對他們進行篩檢和評估。如果您的小孩或青少年符合 Medi-Cal 的條件，而心理健康計劃評估顯示其需要心理健康計劃所包含的專業心理健康服務，則心理健康計劃將安排為您的小孩或青少年提供相關服務。如果您的管理式醫療計劃認為您的小孩或是青少年需要管理式醫療計劃未承保的心理健康服務，他們將幫助您聯繫您的心理健康計劃。同時對於家長因照顧孩子感到不知所措或是有心理健康狀況，也可提供相關服務。

以下核對錶可以幫助您評估自己的小孩是否需要幫助，例如心理健康服務。如果出現不只一個跡像或是某種跡象持續較長時間的，都可能意味著更嚴重問題的存在，需要尋求專業協助。以下是一些需要注意的跡象：

- 很難做到精神集中或是保持不動，以至於有導致身體危險的可能或導致學業問題
- 強烈的擔憂或恐懼妨礙他們的日常活動
- 無緣無故突然的強烈恐懼感，有時會伴隨心跳加速或呼吸急促
- 兩週或更長時間感到非常悲傷或孤僻，此行為持續兩週或更久，導致日常活動出現問題
- 極端情緒非常波動而導致人際關係出現問題
- 行為發生劇烈變化



- 不吃飯、嘔吐，或服用瀉藥減重
- 反覆酗酒或是毒品
- 會做出可能傷害自己或他人的激烈、失控行為
- 有非常認真的自殘或是自殺計劃
- 反覆打架或使用武器，或是有非常認真的傷害他人的計劃



獲得專業心理健康服務

專業心理健康服務是什麼？

專業心理健康服務是為有心理健康狀況或兒科醫生或全科醫生可能無法診治的情緒問題的患者所提供的服務。這些疾病或狀況已經嚴重到了足以妨礙一個人進行日常活動的程度。

專業心理健康服務包括：

- 心理健康服務
- 藥物支持服務
- 針對性個案管理
- 危機介入服務
- 危機穩定服務
- 成人入院治療服務
- 危機入院治療服務
- 日間強化治療服務
- 日間康復
- 精神科住院服務
- 精神科保健設施服務
- 同儕支持服務（本服務僅在特定縣為成年人提供，但根據《早期和定期篩檢、診斷和治療服務》規定，21歲以下的受益人無論居住在哪個縣，都可能有資格獲得此服務）
- 流動危機服務

除了以上所列的心理健康服務之外，依據《早期和定期篩檢、診斷和治療服務》的規定，

21歲以下的受益人還享有附加的心理健康服務。他們包括：

- 強化居家服務
- 強化護理協調
- 行為治療服務
- 寄宿治療護理



若您希望深入了解所享有的專業心理健康服務，請參考本手冊中《服務範圍》的部分內容。

如何獲得專業心理健康服務？

若您需要專業心理健康服務，可以致電心理健康計劃接受初步篩檢並安排預約評估。您可以撥打您所在縣市的免費電話號碼。若您是管理式醫療計畫受益人，也可以要求其為您提供心理健康服務。如果管理式醫療計畫認為您符合接受專業心理健康服務的標準，管理式醫療計畫將透過心理健康計劃幫助您安排評估。您可以從任何管道申請心理健康服務，這意味著除了您的心理健康提供者為您提供的專業心理健康服務之外，您還可以透過管理式醫療計畫享受非專業的心理康復服務，只要您的供應商確認這些服務在臨床上適合您，且他們之間相互協調且不重複。

其他人或組織也可能會轉介您到心理健康計劃以獲取專業心理健康服務，包括您的全科醫生、學校、家人、監護人、您的管理式醫療計畫，或其他縣機構。通常來講，您的全科醫生或是管理式醫療計畫需要獲得您的允許，或是經家長或兒童看護人的允許之後，再直接安排轉介至心理健康計劃，除非有緊急情況。心理健康計劃不會拒絕初步評估的請求，以確定您是否符合資格享受心理健康計劃相關服務。

專業心理健康服務可由心理健康計劃（縣）或其他心理健康計劃合作的供應商提供（例如診所、治療中心、社區組織，或是個人供應商）。

我可以在哪裡獲得專業心理健康服務？



請撥打 916-875-6069 或免費電話 1-888-881-4881 聯絡 MHP
Sacramento County MHP 週一至週五上午 8 點至下午 5 點隨時為您服務
或線上造訪 www.dhs.saccounty.gov

您可以在所在縣獲得專業心理健康服務，如遇必要情況，在其他縣也可獲得服務。您可以撥打 Access 916-875-1055 或免費電話 1-888-881-4881 請求心理健康服務。訪問團隊提供資訊、評估專業心理健康服務需求並進行轉介。各縣為兒童、青年、成年人和老年人提供專業心理健康服務。若您年齡在 21 歲以下，則符合資格享受《早期及定期篩檢、診斷和治療服務》所規定的附加服務和權益。

心理健康計劃將幫助您尋找可以為您提供所需護理服務的供應商。心理健康計畫必須為您推薦距離您家最近的供應商，或能滿足您時間與路程要求的供應商。

我何時可以享有專業心理健康服務？

心理健康計劃在為您安排預約時，需要符合州預約時間標準的相關規定。心理健康計劃為您安排的預約必須符合以下要求：

- 在您向心理健康計劃提出非緊急服務要求之後的 10 個工作天之內安排服務；
- 在您因緊急狀況提交服務要求的 48 小時之內安排服務；
- 在您提出由精神科醫師完成的非緊急要求後的 15 個工作天之內安排服務；
- 就您目前持續狀況的非緊急後續預約，距離上次預約的 10 個工作天之內安排服務。

但是如果您的服務供應商認為對您來說，更長的時間在醫療上會更合適並且不會對您的健康構成傷害，則上述等待時間有可能會延長。如果您被告知您已被列入候補名單，並且認為這段時間對您的健康有害，請撥打 1-916-875-6069 聯繫您的心理健康計劃。如果您沒有得到及時的護理，您有權提出投訴。有關提出投訴的更多信息，請參閱本手冊的“投訴流程”部分。

由誰決定我將接受哪一種服務？



請撥打 916-875-6069 或免費電話 1-888-881-4881 聯絡 MHP
Sacramento County MHP 週一至週五上午 8 點至下午 5 點隨時為您服務
或線上造訪 www.dhs.saccounty.gov

您本人、服務供應商和心理健康計劃，三者共同參與來決定您將透過心理健康計劃接受哪些服務。

會有一位心理健康專家和您溝通，根據您的需求來決定您需要哪種專業心理健康服務。

您不需要在拿到具體的心理健康診斷書或是出現了具體的心理健康狀況之後再尋求幫助。心理健康計劃將對您的狀況進行評估。供應商將評估您是否患有心理健康狀況，以及如果您不接受治療，該狀況是否會對您的日常生活產生負面影響。在服務供應商進行評估期間，您將能夠獲得臨床上適當且受承保的服務。

如果您未滿 21 歲，並且因曾經受創傷、參與兒童福利系統、參與青少年司法系統，或無家可歸而患有心理健康狀況，您可以申請專業心理健康服務。另外，如果您未滿 21 歲，心理健康計畫必須為您提供必要的醫療服務，以幫助您糾正或改善心理健康狀況。提供具有糾正，維持、支持、改善作用或使心理健康狀況程度得以減輕的必要醫療服務。

某些服務可能需要獲得心理健康計劃的事前授權。需要事先授權的服務包括：強化居家服務、日間強化治療、日間復健、治療行為服務和治療寄養服務。您可以向心理健康計劃詢問有關其事先授權流程的更多資訊。致電您的心理健康計劃以索取更多資訊。

心理健康狀況必須聘請合格的專業人員對服務授權進行核查。核查過程稱為專業心理健康服務的事前授權。心理健康計劃的授權過程必須遵循具體的時間表要求。對於標準的事前授權來說，心理健康計劃必須根據服務供應商的要求以您的狀況為標準盡快完成，但不超過心理健康計劃收到請求後五個工作日。舉例來說，如果遵循標準時間範圍可能會嚴重危害您的生命、健康或獲得、維持或最大限度恢復身體機能，基於您的健康狀況，心理健康計劃必須盡快作出授權決定並提供通知，此時間範圍不得晚於服務要求提出之後的 72 小時，如果您或您的供應商請求延期，或者心理健康計劃提供了延期符合您最佳權益的理由，則您的心理健康計劃可以在收到請求後將時間延長最多 14 個日曆日。

需要延期的一個例子是心理健康計劃認為如果他們從您的服務供應商獲取更多資訊之後，



有可能批准服務供應商所提出的治療要求的情況。如果心理健康計劃應服務供應商的要求延長了天數，該縣將就延長事宜向您發送書面通知。

如果心理健康計劃拒絕、延遲、減少或終止服務要求，心理健康計劃必須給您發送《不利權益裁定通知》，告知您相關服務已被拒絕，延遲、減少或終止服務，同時告知您您可上訴一事，並一並將上訴方式相關資訊提供給您。如果您不同意心理健康計畫拒絕您的服務申請，或他們採取了其他未經您同意的行動，您有權提出投訴或上訴。欲了解更多相關信息，可查閱本手冊第頁碼頁 33 上《您的心理健康》中的《不利權益裁定》。

什麼是醫療必要性？

您所接受的服務必須具備醫療必要性並且適用於解決您的病情。對於 21 歲或以上的人，具備醫療必要性的服務指的是合理且必要地保護您的生命，預防重大疾病或殘障的發生，或減輕劇烈的疼痛的服務。

對於 21 歲以下的人，具備醫療必要性的服務指的是具有糾正、維持、支持、改善作用或使心理健康狀況程度得以減輕的服務。具有維持、支持、改善作用或使心理健康狀況程度得以減輕的服務，被視為是具備醫療必要性的服務，並且也是《早期和定期篩檢、診斷和治療服務》中所涵蓋的服務。

我如何獲得心理健康計劃未涵蓋的其他心理健康服務？

如果您投保了管理式醫療計劃，您可以透過醫療計劃獲得以下心理健康門診服務。

- 心理健康評估和治療，包括個人、團體和家庭治療。
- 從臨床角度顯示需要進行心理狀況評估時，進行心理學和神經心理學的測驗。
- 為監控多種處方藥品的目的而進行的門診服務。
- 精神問題諮詢。

若需獲得以上服務之一，請直接致電管理式醫療計劃。若您未投保管理式醫療計劃，您



可以從接受 **Medi-Cal** 的私人服務供應商和診所處獲得服務。心理健康計劃可以幫助您找到這樣的私人服務供應商或診所，也可以提供一些關於您如何尋找他們的想法。

任何接受 **Medi-Cal** 的藥局都可提供用於治療心理健康狀況的處方。請注意，大多數藥房配發的處方都包含在按次付費項目中稱為 **Medi-Cal Rx**，而不是管理式醫療計劃中。

如何獲得未涵蓋在心理健康計劃中的其他 **Medi-Cal** 服務（初級保健/**Medi-Cal** 健保）？

如果您已經投保了管理式醫療計劃，該計劃將負責為您尋找服務供應商。如果您沒有投保管理式醫療計劃，但是有“普通” **Medi-Cal**，也稱為 **Medi-Cal** 按次付費項目，那麼您可選擇任何一所接受 **Medi-Cal** 的診所就診。在您開始接受服務之前，您必須告知您的服務供應商您擁有 **Medi-Cal**。否則您有可能會為這些服務承擔費用。

您可以選用您的管理式醫療以外的服務供應商來提供計劃生育服務。

如果我有酗酒或藥物成癮的問題怎麼辦？

如果您認為自己需要治療酗酒或是藥物成癮問題的相關服務，可依下列方式聯絡您所在縣：

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment (SUPT) System of Care
7001-A East Parkway, Suite 100
Sacramento, CA 95823
Phone: 916-874-9754
After-Hours: 1-888-881-4881 or 711 (California Relay Service)

為什麼我需要精神科住院服務？



您可能會因為心理健康狀況問題或是一個無法在較低水平護理條件下完成安全治療的心理健康狀況而需要住院，也可能由於心理健康狀況或心理健康狀況所引發的諸多症狀而需要住院，如果您：

- 當下可能對自己或他人構成危險，或可能造成重大的財產損失
- 無法提供食物或進食，無法穿衣，無法避險
- 對自己的身體健康構成嚴重威脅
- 因心理健康狀況問題，在近期呈現出某些功能和能力上的明顯退化
- 需要精神科施以評估、藥物治療，或其他只能由醫院提供的治療

選擇一位服務供應商



如何依照個人需求選擇一個專業心理健康服務的供應商？

您的心理健康計劃需要在線上發布當前的供應商名錄。如果您對目前的供應商有疑問或希望對現有名錄進行更新，請造訪心理健康計畫網站 [Provider Lists \(saccounty.gov\)](http://ProviderLists(saccounty.gov)) 或免費致電心理健康計劃。如有需要，可獲得書面或郵寄方式獲得名錄。

心理健康計劃可能會對您可選的服務供應商範圍施加一些限制。當您剛開始接受專業心理健康服務的時候，您可以要求心理健康計劃為您在最初提供至少兩個服務供應商進行選擇。心理健康計劃必須滿足您更換服務供應商的要求。如果您要求更換服務供應商，心理健康計畫需確保您可以在至少兩位或更多服務供應商中做出選擇。

您的心理健康計劃有責任確保您可及時接受診療，並且您週邊能有數量充足的服務供應商，以確保您需要的時候可以得到心理健康計劃涵蓋的心理健康治療服務。有的時候心理健康計畫的合作服務供應商選擇不再提供專業心理健康服務。心理健康計劃的服務供應商有可能不再與心理健康計劃繼續合作，或不再自行接收，或不再應心理健康計劃要求繼續接收 Medi-Cal 提供的專業心理健康服務的患者。發生這種情況時，心理健康計畫必須盡努力書面通知到每一位在該服務供應商接受專業心理健康服務的人。遞送給受益人的通知必須於終止生效日期之前的 30 個日曆日，或於心理健康計劃知曉該服務供應商終止合作當天的 15 個日曆日之後送達。發生這種情況時，如果您和服務供應商均同意的情況下，心理健康計畫必須允許您繼續在這家已從心理健康計畫解約的服務供應商處獲得服務。這種情況稱為“持續護理”，解釋如下。

我能從目前的服務供應商繼續接受服務嗎？



請撥打 916-875-6069 或免費電話 1-888-881-4881 聯絡 MHP
Sacramento County MHP 週一至週五上午 8 點至下午 5 點隨時為您服務
或線上造訪 www.dhs.saccounty.gov

如您已從管理式醫療計劃獲得心理健康服務，即便您接受心理健康計劃服務供應商的服務，您仍舊可以繼續從該供應商獲得服務，只要確保不同服務供應商之間可相互協調，且所提供的服務並不相同。

另外，若您已從另外的心理健康計劃、管理式醫療計劃，或 Medi-Cal 的個人服務供應商處接受專業心理健康服務，在某些特定情況下，您可以要求申請“持續護理”，這樣您與當前的服務供應商間的合作可最多延長 12 個月。如果您需要留在目前的供應商處以繼續正在進行的治療，或者因為更換新的供應商會對您的心理健康狀況造成嚴重傷害，您可能希望要求連續性護理。如果符合以下條件，您的持續照護請求可能會獲得批准：

- 您與所要求的供應商之間保持著持續的關係並且在過去 12 個月內見過該供應商；
- 供應商資質合格且符合 Medi-Cal 的要求；
- 供應商應心理健康計劃的要求，同意與心理健康計劃簽訂合約以及服務費用；而且
- 供應商與心理健康計劃分享您對服務的需求的相關文件。

您存取醫療記錄和供應商目錄資訊的權利



您所在的縣需要建立和維護一個安全系統，以便您可以使用電腦、智慧型平板電腦或行動裝置等常用技術存取您的醫療記錄並尋找供應商。此系統稱為患者存取應用程式介面（API）。您可以在您所在縣的網站上找到選擇存取您的醫療記錄和查找供應商的應用程式時需要考慮的資訊。

薩克拉門託縣目前正在與我們的電子醫療記錄 (EHR) 供應商合作開發病患存取入口網站。預計實施日期為 2025 年 1 月。



服務範圍

若您符合接受專業心理健康服務的要求，根據您的需求，您將享有以下服務。您的供應商會和您一起決定哪些是對您最有利的服務。

心理健康服務

- 心理健康服務是一種個人的、小組的，或以家庭為單位的治療服務，可以幫助有心理健康狀況的人鍛鍊其應付日常生活的技巧。這些服務中也包括服務提供者為改善服務品質所進行的相關工作。包括：評估您是否需要相關服務，以及相關服務的效果是否理想；制定治療方案，確定心理健康的治療目標和所需提供的具體服務項目；親屬配合，即與您的家庭成員或與您身邊重要的人一起配合（在經您允許的情況下），幫助您改善或維持日常生活能力。心理健康服務可在診所或是供應商的辦公室、在您的家中，或是在其他社區設施內提供，透過電話或線上診療（包括只使用音訊和視訊進行溝通的）。

藥物支持服務

- 這些服務包括精神科藥物的開處方、管理、分發和監測；以及與精神科藥物相關的教育。藥物支援服務可以在診所或是供應商的辦公室、在您的家中，或在其他社區設施內部開展，透過電話或線上診療的方式（包括只使用音訊和視訊進行溝通的）。

針對性個案管理

- 此服務有助於存在心理健康狀況的人群，幫助他們獲得醫療、教育、社交、職前教育、就業、復健或其他社區服務，尤其當這些服務對他們來說可能難以獨自獲得。針對性個案管理包括，但不限於，制定計劃，提供交流機會，協調並進行就業推薦；監督服務執行情況以確保該人可享有相應服務並可與服務交付系統獲得聯繫；並監督此人的進展。



危機介入服務

- 此服務旨在解決需要立即關注的緊急狀況。危機介入的目標就是在社區完成對人的救助，讓他們最終不至於住院。危機介入可持續長達八小時，可在診所或是供應商的辦公室、在您的家中，或在其他社區設施內提供透過電話或線上診療的方式（包括只使用音訊和影片進行溝通的）。

危機穩定服務

- 此服務旨在解決需要立即關注的緊急狀況。危機穩定服務時間不超過 24 小時，必須在有執照的 24 小時醫療機構、醫院的門診計劃或經認證可提供危機穩定的供應商處提供。

成人入住治療服務

- 這些服務為因心理健康狀況已在有執照的機構接受住院治療的人們提供心理健康治療和能力復建。這些服務每週 7 天，每天 24 小時提供。Medi-Cal 不支付成人入住療程期間的食宿費用。

危機入住治療服務

- 這些服務為有嚴重心理或情緒危機，但不需要精神病院照護的人們提供心理健康治療和能力復建。有執照的機構可每週 7 天，每天 24 小時提供此類服務。Medi-Cal 不支付危機入住治療服務期間的食宿費用。

日間治療密集服務

- 這是為需要入院治療或入住其他 24 小時護理機構人群提供的一項結構化心理健康治療項目。這項計劃每天至少持續三小時。這項計劃包含能力復建活動、治療以及心理治療。



日間復健

- 這是一個為心理健康狀況人群提供的結構化計劃，旨在幫助他們學習並鍛鍊應對生活問題的能力，更有效率地管理心理健康狀況的相關症狀。這項計劃每天至少持續三小時。這項計劃包含能力復建活動和治療。

精神科住院病患服務

- 經有執照的精神健康專業人員判定該人需要進行 24 小時強化心理健康治療後，該服務將由有執照的精神病院提供。

精神科健康設施服務

- 這些服務由獲得許可的精神健康機構提供，為嚴重心理健康狀況人群提供 24 小時復健治療。精神健康機構必須與臨近的醫院或診所達成協議，以滿足機構內人員的身體照護需求。精神科醫療機構只能接收和治療沒有身體疾病或受傷且需要超出普通門診治療範圍的治療的患者。

同儕支援服務（因縣而異）

- 各縣可選擇是否提供同儕支援服務。 [縣應澄清該縣是否不承保專業心理健康服務系統的同儕支持服務。]
- 同儕支持服務是具有文化能力的個人和小組服務，可透過結構化活動促進恢復、復原力、參與、社交、自給自足、自我倡導、自然支持的發展以及優勢識別。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專業心理健康服務的同時獲得。同儕專家是經歷過心理健康或藥物濫用狀況且正在康復中的個人，已完成縣內州批准的認證計劃的要求，獲得縣認證，並在經加利福尼亞州許可、豁免或註冊的行為健康專業人員的指導下提供這些服務的人。
- 同儕支持服務包括個人和小組輔導、教育技能培養小組、資源瀏覽、鼓勵您參與行為健康治療的參與服務以及促進自我倡導等治療活動。



流動危機服務（因縣而異）

- 如果您遇到心理健康和/或藥物濫用危機（「行為健康危機」），可以使用流動危機服務。流動危機服務是由衛生專業人員在您遇到危機的地點提供的服務，包括您的家、工作場所、學校或任何其他地點（不包括醫院或其他設施場所）。全年 365 天，每週 7 天，每天 24 小時提供流動危機服務。
- 流動危機服務包括快速反應、個人評估和社區為基礎的穩定。如果您需要進一步護理，流動供應商也會為您提供熱情的交接服務或轉介至其他服務。
- 自 2024 年 1 月 1 日起提供危機服務。

這些特殊服務對於兒童，和/或 21 歲以下的青少年是否適用？

依據《早期及定期篩檢、診斷與治療服務》規定，21 歲以下的受益人有資格享有附加 Medi-Cal 服務。

若想符合《早期和定期篩檢、診斷和治療服務》的條件，受益人年齡必須在 21 歲以下，並且有全範圍的 Medi-Cal。《早期和定期篩檢、診斷和治療服務》涵蓋任何可糾正或改善任何健康狀況行為所必要採取的服務措施。具有維持、支持、改善作用或使健康狀況行為程度得以減輕的服務，被視為對心理健康狀況是有幫助的，因此也具備醫療必要性，是《早期和定期篩查、診斷與治療服務》中所涵蓋的服務。

若您對《早期及定期篩檢、診斷與治療服務》有任何問題，請致電 916-875-1055 □ □ □ □ □ 1-888-881-4881，或查訪 [DHCS Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment webpage](#)

心理健康計劃也為兒童、青少年和 21 歲以下青年提供以下服務：行為治療服務，強化監護協調服務、強化居家服務及寄宿治療護理服務。



行為治療服務

行為治療服務是針對 21 歲以下受益人所進行的強化的、個人化的、短期門診治療介入。接受這些服務的人患有嚴重的情緒障礙，正在經歷壓力過渡或生存危機，需要額外短期的，具體的支持服務。

行為治療服務是一種專業心理健康服務，如果您有嚴重的情緒問題，可以透過每個心理健康計劃獲得。若需獲得行為治療服務，您必須享有心理健康服務，年齡在 21 歲以下，且有全範圍的 Medi-Cal。

- 如果您正住在自己家中，行為治療服務員工可以為您提供一對一的服務，以緩解嚴重行為問題，盡量讓您不需要更高程度的護理，例如為 21 歲以下有嚴重情緒問題的兒童和青少年設立的團體之家。
- 如果您正與 21 歲以下出現嚴重情緒問題的兒童和青少年居住在團體之家，行為治療服務員工可以和您合作，讓您可以達到以家庭為基礎的環境，例如轉入寄養家庭或回家照顧。

行為治療服務將幫助您和您的家人、照顧者，或是監護人學習新的解決問題行為的方法，和有助於情況好轉的類似行為。您、行為治療服務員工和您的家人、照顧者，或監護人將作為一個團隊共同合作，在短期內共同解決行為問題，直到您不再需要行為治療服務為止。您將享有一個行為治療服務計劃，它可以明確說明您、您的家人、照顧者，或監護人還有行為治療服務員工在行為治療服務過程中都需要做什麼，以及行為治療服務在何時將在何處進行。行為治療服務員工可在絕大多數地點為您提供服務，以因應您有可能在某地因行為問題而產生的服務需求。這些地點包括您的住所、寄養家庭、團體之家、學校、日間治療計劃地點和縣內的其他區域。



強化護理協調

強化護理協調是一項針對性個案管理服務，為 21 歲以下的受益人進行評估、規劃護理和協調服務。受益者需有全範圍的 Medi-Cal，並且符合醫療必要性的條件，並且根據醫療需要被轉介接受此項服務。

強化照護協調服務以《全面核心實踐模式》的原則為基礎，包括組成“兒童與家庭團隊”以確保此促進兒童及其家人和相關兒童服務系統之間的協作關係。

兒童與家庭團隊包括正式的支援工作（如照護協調、提供服務供應商和兒童服務機構的管理人員），自然的支援工作（如來自家人、鄰居、朋友和神職人員的支持），和其他共同製定和實施客戶計劃並負責支持兒童及其家庭以實現其醫療目標的人員。強化護理協調也將提供一位專門的強化護理協調員進行負責：

- 確保您可獲得必要的醫療服務，協調並進行強大的、個人化的、以客戶需求為驅動的服務，並確保相關服務符合客戶文化需求和語言能力。
- 確保所提供的服務和支援工作均以兒童的需求為出發點。
- 促進兒童及其家人也有提供服務的各系統間的協作關係。
- 支持家長/照顧者，以協助他們滿足兒童之所需。
- 協助組成兒童與家庭團隊並提供持續的支援工作。
- 組織和配對服務供應商和兒童服務系統的護理，以便兒童可在其社區內獲得服務。

強化居家服務

強化居家服務是一項個人化的、有力的介入服務，旨在改善乾擾兒童/青少年身體功能的心理健康狀況，目的在於幫助兒童/青少年建立相關技能，使其在家庭和社區中能很好的生活。同時提升兒童/青少年家人的能力，使他們有能力為兒童/青少年的能力建立提供協助。



強化居家服務是由兒童與家庭團隊根據《綜合核心實踐模式》原則下開展的，並與家庭整體服務計劃共同協調完成的。強化居家服務為年齡在 21 歲以下，有全範圍的 Medi-Cal，並且因醫療需要而被轉介接受這些服務的人。

寄養治療護理

寄養治療護理服務模式是為 21 歲以下年齡有複雜情緒和行為需求的兒童提供的短期、強化、創傷知情性的和個人化的專業心理健康服務。在寄養治療照護期間，兒童將由寄養治療照護家庭的家長代為照顧，這些家長都經過訓練，對他們有嚴格的監控和支持。

透過電話或是線上診療可獲取的服務

您並不總是需要與您的供應商進行面對面的接觸才能獲得心理健康服務。根據您的服務，您也許能夠透過電話或線上診療獲得服務。您的供應商應向您解釋有關使用電話或線上診療的信息，並在開始服務之前確保您同意。即使您同意透過遠距醫療或電話接受服務，您也可以選擇稍後親自或面對面接受服務。某些類型的心理健康服務不能僅透過線上診療或電話提供，因為它們要求您在特定地點接受服務，例如住院治療服務或醫院服務。

心理健康計畫中的《不利權益裁決》



當心理健康計劃拒絕我想要或我認為應該有的服務時，我有什麼權利？

如果心理健康計劃，或代表心理健康計劃為您服務的供應商拒絕、限制、減少、延遲，或結束您想要或是您認為應該享有的服務，您有權從心理健康計劃獲取一份書面

《通知》（稱為《不利權益裁定通知》）。您也有權透過要求上訴的方式拒絕相關決定。以下部分的內容可協助您了解您對《不利權益裁定通知》的相關權利，以及如果您對於心理健康計劃的決定有異議時可採取的行動。

《不利權益裁定》是什麼？

《不利權益裁定》的定義是指心理健康計畫所採取的以下任何行為：

1. 拒絕或限制服務請求的授權，包括對服務類型或等級、醫療必要性、適當性、所涵蓋權益的設定或有效性的決定；
2. 降低、暫停或終止某項已有授權的服務；
3. 拒絕支付全部或部分服務費用；
4. 未能及時提供服務；
5. 依據投訴和上訴的解決標準，未能在要求的時限內採取行動（如果您向心理健康計劃提出投訴，而心理健康計劃在您提出投訴後的 90 天內沒有給您書面回覆。如果您向心理健康計劃提出上訴，而心理健康計劃在您提出上訴後的 30 天內沒有給您書面回覆；或如果您提交了加急上訴，且提交後的 72 小時之內您沒有收到回覆的情況）；或者
6. 拒絕受益人對財務責任提出異議的請求。

《不利權益裁定通知》是什麼？

《不利權益裁定通知》是由心理健康計畫在決定拒絕、限制、減少、延遲或終止您所享有



的服務或您的服務供應商認為您應該享有的服務時，向您發出的一封書面通知信。這包括拒絕支付某項服務費用，聲稱服務不包括在計劃範圍內而拒絕支付，因服務不具備醫療必要性而拒絕支付，因選用了錯誤的服務供應商而拒絕支付，或拒絕對財務責任提出爭議的請求。《不利權益裁定通知》也將用於告知您，您的投訴、上訴或加急上訴未能及時解決，或是您未能在心理健康計劃的服務時間標準範圍內獲得服務等事宜。

發出通知的時間

心理健康計劃必須在終止、暫停或減少某項已獲得授權的專業心理健康服務之前的至少 10 天時間，向受益人發出郵件通知。心理健康計畫還需在決定拒絕賠付費用，或決定拒絕、延遲或調整全部或部分專業心理健康服務要求的兩個工作日之內，向受益人發出郵件通知。

我是否會在每次未能獲得我想要的服務時，均會收到《不利權益裁定通知》？

是的，您將會收到《不利權益裁定通知》。但是，如果您沒有收到通知，您可以向縣心理計劃提起上訴，如果您已行使完上訴流程，您可以要求州公平聽證會。當您與您所在的縣聯繫時，請指出您已經歷了不利權益裁定通知，但沒有收到通知。本手冊包含關於如何提交上訴或要求公平聽證會。相關資訊在您的服務供應商的辦公室處也可獲得。

《不利權益裁定通知》將會傳達哪些訊息？

《不利權益裁定通知》將會告知您：

- 心理健康計畫所做了哪些影響您和您獲得服務能力的事項
- 決定生效日期，以及做出決定的理由
- 決定所依據的州或聯邦法規
- 若您對心理健康計畫的決定有異議時，您有權提出上訴
- 如何收到與心理健康計劃的決定相關的文件、記錄和其他資訊的副本
- 如何向心理健康計劃提交上訴



- 如果您對心理健康計劃處理上訴的結果感到不滿，您應如何申請州公平聽證會
- 如何申請緊急上訴或申請加急州公平聽證會
- 如何獲得協助完成上訴的提交或是申請州公平聽證會
- 您須在多長時間內提交上訴或要求州公平聽證會
- 等待上訴或州公平聽證會期間，您有權繼續享有服務，如何要求持續提供服務，以及這些服務的費用是否由 Medi-Cal 支付
- 在您提起上訴或是申請州公平聽證的情況下，您是否希望繼續相關的服務

當我收到《不利權益裁定通知》的時候，該怎麼辦？

當您收到《不利權益裁定通知》的時候，您應該仔細閱讀通知上的全部內容。如果您不理解通知內容，心理健康計劃將為您提供幫助。您也可以找其他人為您提供協助。

當您提交上訴或州公平聽證會請求時，您可以要求繼續已中斷的服務。您必須在收到《不利權益裁定通知》郵戳蓋章或親自交給您之日後 10 個日曆日內或變更生效日期之前請求繼續提供服務。



問題解決流程：提出申訴或上訴

如果心理健康計畫沒能給予我想要的服務我怎麼辦？

您的心理健康計畫必須配有所為解決專業心理健康服務在申請階段和服務階段的投訴或問題的流程。我們稱之為問題解決流程，它可能涉及：

1. **投訴流程：**對您的專業心理健康服務或心理健康計畫提出不滿。
2. **上訴流程：**審核心理健康計畫或服務供應商對您的專業心理健康服務所做的決定(例如，拒絕、終止或減少服務)所做的決定。
3. **州公平聽證流程：**如果心理健康計畫拒絕您的上訴，可在州行政法官面前要求舉行行政聽證會的程序。

提出投訴、上訴或申請州公平聽證會，將不會對您造成不利，也不會影響您正在接受的服務。提出投訴或上訴可以幫助您獲得您需要的服務並解決您在接受專業心理健康服務時所遇到的任何問題。提出投訴或上訴，還可為心理健康計畫提供信息，幫助他們對服務進行改進。當投訴或上訴處理完成後，心理健康計畫將向您和相關方發出結果通知。在州公平聽證會做出決定之後，州公平聽證會辦公室將向您和相關方發出結果通知。您可以在下方了解更多關於各問題解決流程的資訊。

我能否在提交上訴、投訴或申請州公平聽證會方面獲得幫助？

您的心理健康計畫可為您解釋這些流程，並且必須幫助您提出投訴、上訴或是要求州公平聽證會的申請。心理健康計畫還可幫助您判斷您是否符合申請“加急上訴”流程的標準，這意味著若有健康、心理健康，和/或穩定性有風險的原因，您的申請將進入快速審核通道。您也可以授權他人代您行使權力，包括您的專業心理健康供應商或倡導者。



如果您需要協助，可以致電 916-875-6069 或免費電話 1-888-881-4881。心理健康計劃必須在填寫表格和其他投訴、上訴相關的步驟中，為您提供合理的協助。這包括但不限於提供口譯服務和配

有 TTY/TDD 和口譯功能的免費電話服務。

州政府能否幫我解決問題/解答疑問？

您可於週一至週五上午 8 時至下午 5 時 (假日除外)致電 **888-452-8609** 或發電郵至 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov。請注意：電子郵件的內容非保密內容。請您不要在電子郵件中提及個人資訊。

您也可在當地法律援助辦公室或從其他團體獲得免費的法律協助。您也可以撥打 **800-952-5253** (對於 TTY，請撥打 **800-952-8349**) 聯絡加州社會服務部 (CDSS) 的公共查詢和回應部門，以了解您的聽證會權利。



申訴流程

什麼是投訴？

投訴是表達對專業心理健康服務的不滿，這些服務不在上訴和州公平聽證程序所涵蓋的問題之列。

投訴流程是什麼？

投訴程序將：

- 採用簡單且易於理解的程序，讓您可以口頭或書面表達您的不滿。
- 不會以任何方式對您或您的供應商不利。
- 允許您授權其他人代表您行事，包括供應商或倡導者。如果您授權他人代表您行事，心理健康計畫可能會要求您簽署一份表格，授權心理健康計畫向此人發布資訊。
- 確保做出決策的個人有資格這樣做，並且不參與任何先前層級的審核或決策。
- 確定您、您的心理健康計劃和您的供應商的角色和責任。
- 在規定的時間內解決投訴

我何時可以進行投訴？

若您對專業心理健康服務有不滿之處，或對於心理健康計劃有其他想法，您隨時可以向心理健康計劃提出投訴。

如何提出投訴？

您可以致電心理健康計劃 [如與頁腳內容不同，請各縣在此輸入免費電話號碼] 尋求投訴協助。您可透過口頭或書面兩種方式提出投訴。口頭投訴不必再以書面跟進。如果您希望以書面提出投訴，心理健康計劃將在所有供應商站點為您提供回郵信封，以便您郵寄投訴申



請。如果您沒有回郵信封，您可以將申訴申請直接郵寄到手冊正面所提供的地址。

我如何獲知心理健康計劃收到了我的投訴申請？

您的心理健康計畫必須在收到投訴後 5 個日曆日內向您發送書面確認，以告知您已收到您的投訴。透過電話或親自收到的投訴，如果您同意在下一個工作日結束時解決，則可以豁免，並且您可能不會收到信件。

我的投訴要等多久才會被決定？

心理健康計畫需在您提出投訴之後的 90 個日曆日之內做出決定。如果您要求延期，或是心理健康計畫認為需要更多資訊並且延遲對您有利，則做決定的時間可最多增加 14 個日曆日。舉例說明延遲可能對您有利，例如當心理健康計畫認為延遲可以讓他們從您或是其他相關方處了解到更多信息以解決您的投訴。

我如何獲知心理健康計畫已就我的投訴做出了決定？

若您的投訴已經接受完成，心理健康計畫將以書面方式將結果通知您或您的代表。如果心理健康計畫沒有將投訴的受理結果及時通知您或任何相關方，心理健康計畫被要求必須給您寄一份《不利權益裁定通知》，告知您有權申請州公平聽證會。您的心理健康計畫需要在期限屆滿當日寄給您《不利權益裁定通知》。若您沒有收到《不利權益裁定通知》，您可致電心理健康計畫以了解更多資訊。

提出申訴有截止時間嗎？

沒有，您可在任何時間提出投訴。



上訴流程（常規流程和加急流程）

心理健康計劃必須允許您質疑您不同意的心理健康計劃的決定,並提出審核心理健康計劃或您的供應商就您的專業心理健康服務做出的某些決定。提出審核的方式有兩種。一種是透過常規上訴流程。另一種是透過加急上訴流程。這兩種上訴方式差異不大；但是，申請加急上訴流程需要符合特定要求。我們將在下方列出特定要求的詳細情況。

常規上訴是什麼？

常規上訴請求審核由心理健康計劃或是服務供應商在拒絕或更改您認為您所需要享有的服務時做出的決定。如果您提出常規上訴，心理健康計劃將在 30 天內完成審核。如果您認為 30 天的審核時間對於您的健康狀況會造成風險，您可以申請“加急上訴”。常規上訴流程是：

- 您可以提出口頭或書面上訴。
- 確保提出上訴不會對您或您的服務供應商在任何方面造成不利。
- 您可以授權他人（包括服務供應商）代您行使權力。若您授權其他人代您行使權力，心理健康計劃將需要您簽署一份表格，以授權心理健康計劃將資訊透露給該人。
- 在要求上訴的規定時限內，即自您的《不利權益裁定通知》郵寄或親自交給您之日起 10 天內，您可繼續享有您的權益。上訴裁定等待期間，您無需為繼續享有的服務支付費用。如果您要求繼續享有權益，但是上訴最終結果判定減少或中斷您正享有的服務，則您將需要為等待期間所享受的服務支付費用。
- 確保處理上訴的相關人員具備工作資格，並且不牽扯過往任何層面的審核或決定。
- 允許您或您的代表查看上訴過程的案件檔案，包括您的醫療檔案和任何其他牽涉上訴過程的文檔或記錄。
- 給您合理的機會，以本人或是書面的形式，出示證物、證詞，和法律與事實依據。



- 允許您、代表或已故受益人遺產的法定代表作為上訴當事人。
- 透過寄給您書面確認函告知您上訴正處於審核過程中。
- 在心理健康計畫的上訴過程完成之後，通知您有權申請州公平聽證會。

我何時可以提出上訴？

您可在發生以下任一種情況時，向心理健康計畫提出上訴：

- 心理健康計畫或任一合作的服務供應商認為您不具備享受任何 **Medi-Cal** 專業心理健康服務的資格，理由是您的情況不符合准入的標準。
- 您的供應商認為您需要進行專業心理健康服務，並向心理健康計畫提出申請，但心理健康計畫沒有同意申請，並拒絕了供應商的要求，或變更了服務頻率。
- 您的供應商已向心理健康計畫提出了一項請求等待批准，但是心理健康計畫需要更多資訊進行判斷而沒能及時完成審批。
- 您的心理健康計畫沒有在規定的時間範圍內為您提供服務。
- 您認為心理健康計畫沒有及時提供足夠的服務以滿足您的需求。
- 您的投訴、上訴或加急上訴未能及時解決。
- 您和您的供應商就您所需的專業心理健康服務未能達成一致。

我該如何提出上訴？

您可致電心理健康計畫 [心理健康計畫如與頁腳內容不同，請在此輸入免費電話號碼] 尋求上訴協助。心理健康計畫將在各供應商站點處為您提供回郵信封，以便您郵寄上訴申請。如果您沒有回郵信封，您可以將上訴申請直接郵寄到手冊正面所提供的地址，也可以將上訴申請透過電子郵件或傳真的方式提交到 DHSMemberServices@saccounty.gov 或傳真至 916-875-0877。康計畫填寫接收上訴的電子郵件地址和傳真號碼]。



我如何獲知我的上訴是否已經決定？

心理健康計劃將以書面形式將上訴裁決結果通知您或您的代表。通知函將包括以下資訊：

- 上訴決定過程的結果
- 上訴裁決日期
- 如果上訴結果並非完全對您有利，通知中還將告知您申請州公平聽證會的權利和程序的資訊。

提出上訴有截止日期嗎？

您必須在《不利權益裁定通知》發布之日的 **60** 天之內提出上訴。若您沒有收到《不利權益裁定通知》，則不存在提出上訴的截止日期，您可在任何時間提出上訴。

上訴結果需要等多久？

心理健康計畫必須在收到您的上訴請求之日起 **30** 個日曆日內對您的上訴做出決定。如果您要求延期，或是心理健康計劃認為需要更多資訊並且延遲對您有利，則做決定的時間可增加最多 **14** 個日曆日。舉例說明延遲可能對您有利，例如當心理健康計劃認為延遲可以讓他們從您或是其他相關方處了解到更多信息以批准您的上訴。

如果我無法為上訴的結果等待 **30** 天怎麼辦？

如果案件情況符合加急上訴過程的條件，則可以加快上訴流程的速度。

加急上訴是什麼？

加急上訴是一種對上訴更加快速做出決定的方式。加急上訴流程和常規上訴流程的流程基本一致。然而，您必須能證明按照常規上訴流程的標準等待將會導致您的心理健康狀況變差。加急



上訴流程在截止日期上和常規上訴流程不同。心理健康計畫有 72 小時時間用以審核加急上訴。您可以口頭提出加急上訴申請。您無需以書面申請加急上訴。

我何時可以提交加急上訴申請？

如果您認為常規上訴流程中的 30 天等待期將對您的生活、健康或獲得、維持或最大限度地恢復身體機能造成損害，您可以要求進行加急上訴。如果心理健康計畫認為您符合加急上訴的要求，他們將在收到上訴的 72 小時之內予以解決。如果您要求延期，或者心理健康計畫認為需要更多資訊並且延遲對您有利，那麼決定時間最多會增加 14 個日曆日。

如果心理健康計畫延長了決定時間，則他們將以書面解釋的方式告知您延長的理由。如果心理健康計畫認為您不符合加急上訴的要求，那麼他們必須竭盡全力給您即時的口頭通知，並且在兩個日曆日之內以書面形式通知您，並對決定的理由做以解釋。您的上訴將遵循本節之前所述的標準上訴時間表。如果您對心理健康計畫認為您不符合加急上訴條件的結果不認同，您可以提出投訴。

一旦心理健康計畫解決了您的加急上訴請求，心理健康計畫將以口頭和書面形式向您和相關各方發出通知。



州公平聽證流程

什麼是州公平聽證會？

州公平聽證會是獨立的審核機制，由加州社會服務部門管轄的行政法官執行，以確保您可享有 Medi-Cal 項下的專業心理健康服務。若需獲得更多資源，您可以點選 <https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests> 造訪加州社會服務部網站。

我有哪些州公平聽證會權利？

您有權：

- 在行政法官面前舉行聽證會（也稱為州聽證會）
- 被告知如何申請州公平聽證會
- 被告知州公平聽證會代表的規則
- 當您在規定的時間內要求申請州公平聽證會，您的要求保證您可在州公平聽證會流程期間繼續享有各項權益。

我在何時可以申請州公平聽證會？

您可在以下任何情況發生時申請州公平聽證會：

- 您提出了上訴，並收到上訴結果，告知您心理健康計畫拒絕了您的上訴申請。
- 您的投訴、上訴或加急上訴未能及時解決。

如何申請州聽證會？

您可以按以下方式申請州公平聽證會：

- 線上申請：<https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>



- 書面申請：依照《不利權益裁定通知》上所示地址，向縣福利部門提交申請，或將其郵寄至：

California Department of Social Services (加州社會服務部)

State Hearings Division (州聽證會部門)

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

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

您也可以透過以下方式申請州公平聽證會或加急州公平聽證會：

- 打電話申請：撥打免費電話 **800-743-8525** 或 **855-795-0634** 致州聽證會部門，或撥打免費電話 **800-952-5253** 或 TDD 號碼為 **800-952-8349** 致公共查詢和回應熱線。

申請州聽證會有截止日期嗎？

有，您只有 120 天的時間申請州公平聽證會。120 天可以從心理健康計劃書面上訴決定通知之日算起。

等待州公平聽證會決定結果期間，我是否可以繼續享有服務？

如果您目前正享有已授權服務，並希望在等待州公平聽證會決定結果期間繼續享有服務，您務必在收到《不利權益裁定通知》起的 10 天內提出州聽證會申請，或在心理健康計劃告知您服務將會停止或降級的當天起 10 天內提出。當您申請州公平聽證會時，請您務必說明您希望在等待州公平聽證會決定結果期間繼續享有服務。





請撥打 916-875-6069 或免費電話 1-888-881-4881 聯絡 MHP
Sacramento County MHP 週一至週五上午 8 點至下午 5 點隨時為您服務
或線上造訪 www.dhs.saccounty.gov

如果您申請服務繼續，並且州公平聽證會的最終結果是減少或中斷您正享有的服務，則您將需要為等待州公平聽證會期間所享受的服務支付費用。

我的州公平聽證會需要等待多久才會得到決定？

在您申請州公平聽證會之後，最多可能需要 90 天的時間來決定您的案件並將結果發送給您。

我能否申請更快的州公平聽證流程？

若您覺得長時間的等待期將有損您的健康，您將有可能在三個工作天之內收到結果。您需要請您的全科醫生或心理健康專業人員為您寫一封信說明情況。您也可以自己寫這封信。這封信需要詳細解釋等待長達 90 天將如何嚴重損害您的生活、健康或損害您達到、維持或恢復最大功能的身體功能。然後，確保您要求“加急聽證會”，並提交申請聽證會的信件。

社會服務部門和州聽證會部門將審查您的加急州公平聽證會申請，並判斷您的情況是否符合資格。如果您的加急聽證會申請被批准，則州聽證會部門將在收到您申請的三個工作日之內舉行聽證會並做出判決。



預立指示

預立指示是什麼？

您有權利獲得預立指示。預立指示是加州法律認可的關於您健康照護的書面說明。其中所包含的資訊將說明，如果或是當您無法表達個人意見的時候，您所希望提供的醫療照護的方式，或您希望如何做出決定。您有時可能會聽到人們將預立指示稱為生前遺囑或持久委託書。

加州法律將預立指示定義為，一種口頭方式或是書面方式的個人健康照護說明或委託書（一份可以授權某人為您做決定的書面文件）。所有心理健康計劃都必須事先制定預立指示。當被問及相關資訊時，心理健康計劃需要在心理健康計劃預立指示政策和州法律解釋文件中提供書面資訊。若您需要索取相關資訊，您可以致電心理健康計劃。

預立指示政策旨在讓人們可以掌控個人治療，特別是當他們無法就自己的照護提供指導意見時。這是一份法律文件，讓人們可以在他們無法做出健康照護相關決定的時候，提前說明他們的意願。其中包括接受或拒絕醫療救治、手術或其他健康照護的權利說明。在加州，預立指示包括兩部分內容：

- 由您指定的代表 (某人)對您的醫療照護作出決定;
- 您個人的健康照護說明

您可以從心理健康計劃或網上得到預先指示的表格。在加州，您有權向您所有的健康照護供應商提供預立指示說明。您也有權在任何時間變更或取消您的預立指示。

如果您對加州法律中預先指示要求部分的内容有疑問，您可以寫信到：

California Department of Justice (加州司法部)

Attn: Public Inquiry Unit (公眾諮詢部門)

P. O. Box 944255

Sacramento, CA 94244-2550

受益人權利和責任



身為專業心理健康服務的受益人，我有哪些權利？

作為有資格享受 Medi-Cal 的人士，您有權在有醫療必要的情況下接受來自心理健康計劃的專業心理健康服務。接受這些服務時，您有權：

- 被尊重，尊重您的個人尊嚴和隱私。
 - 獲得有關可用治療選擇項目的信息，以您能理解的方式向您介紹這些選擇。
 - 參與和您心理健康照護的相關決定，包括拒絕治療的權利。
 - 不會受到任何形式的約束或隔離。約束或隔離通常都是出於強制、約束、便利、懲罰或打擊之目的所採用的手段。
 - 可以索取一份您的病歷記錄，並在需要時對記錄進行更改或更正。
 - 獲得本手冊中關於心理健康計畫所涵蓋的服務，心理健康計畫的其他義務，以及此處所述的您的權利的資訊。
 - 從心理健康計劃所獲得的專業心理健康服務，遵循與州簽訂的合約，範圍涉及保證服務的可用性,足夠的能力和充足的服務，護理的協調和連續性，以及保證服務的覆蓋範圍和授權。心理健康計劃需要：
 - 聘請足夠的服務供應商，或與他們簽訂書面合約，以確保全部符合 **Medi-Cal** 條件且有資格獲得專業心理健康服務的受益人都能及時獲得到此項服務。
 - 如果心理健康計劃無法提供僱員或簽約供應商為您服務，心理健康計劃需要在網絡外為您尋找可及時提供必要醫療服務的供應商。「合作網絡以外的供應商」是指心理健康計畫供應商清單以外的供應商。在這種情況下，心理健康計畫必須確保您無需為網絡外的供應商額外支付費用。
 - 確保供應商接受過訓練，可提供經供應商同意的專業心理健康服務。
-
- 確保心理健康計畫所涵蓋的專業心理健康服務數量、時間充足，規模上足以滿足 **Medi-Cal** 受益者的需求。包括確保心理健康計劃的系統是基於醫療



必要性的，並確保准入標準得到公平使用。

- 確保其供應商對可能接受服務的人員進行充分評估，並與將接受服務的人士合作，以製定將要提供的治療和服務的目標。
 - 若您有需求，可向心理健康計劃網絡內或網絡外的合格健康保健專業人員諮詢第二意見，無需額外費用。
 - 如有必要，協調心理健康計劃的服務和 Medi-Cal 管理醫療計劃下的服務，或您的初級保健者所提供的服務，並確保您的隱私受到聯邦健康資訊隱私規則的保護。
 - 及時提供護理，包括對緊急精神狀況，或危機狀況提供每週 7 天，每天 24 小時的必要醫療救治。
 - 和州方面共同努力，鼓勵向所有的人（包括那些英文程度有限和具有多種文化、種族背景人士）提供滿足其文化需求的服務。
- 您的心理健康計畫必須確保您的治療不會因為您表達自己的權利而產生有害的改變。心理健康計畫需要遵守適用範圍內的聯邦與州法律（例如：根據《聯邦法規》第 45 卷第 80 章的規定實施的《1964 年民權法案》第六篇；根據《聯邦法規彙編》第 45 卷第 91 章的規定實施的 1975 年《年齡歧視法》；1973 年《康復法》；1972 年《教育修正案》第九章（關於教育計劃和活動）；《美國殘疾人法》第二和第三章）；《病患保護與平價醫療法案》第 1557 節；以及此處所述的權利。

根據州法律的規定，在心理健康治療方面您可能還有其他附加權利。如果您想要聯絡所在縣的「病患權利維護」部門，您可以透過以下方式：

Consumer Self-Help Patients' Rights Office
Phone: (916) 333-3800
Fax: (916) 550-1777

身為專業心理健康服務的受益人，我擁有哪些責任？



作為專業心理健康服務的受益人，您的責任如下：

- 仔細閱讀此受益人手冊和其他來自心理健康計畫的重要資訊通知資料。這些材料將幫助您了解哪些服務是可用的，以及如何在您需要它的時候獲得這些服務。
- 按時參加治療。如果您可以和供應商就您的治療共同設定目標，並努力達成這些目標，您將會獲得最佳效果。如果您無法前往某次預約，請至少提前 24 小時電話聯絡服務供應商，並另行約定下一次診療的日期和時間。
- 當您前往治療時，請每次都攜帶您的 Medi-Cal 身份證 (BIC) 和帶有照片的身份證。
- 若您需要口語翻譯，請在預約診療前，告知您的服務供應商。
- 請您將所有關切的醫療問題告知您的供應商。您所分享的資訊越完整，您的治療就會越成功。
- 若您有任何問題，都可詢問供應商。完整理解治療期間您所收到的任何資訊對您來說是至關重要的。
- 遵循並執行您和供應商達成一致的行動計畫。
- 如果您對於服務有任何問題，或您與您的供應商有任何您無法解決的問題，都可聯絡心理健康計畫。
- 若您的個人資訊有任何變更，請告知您的服務供應商和心理健康計畫，包括您的地址、電話號碼和任何其它有可能會影響治療的醫療資訊。
- 尊重和禮貌地對待為您提供治療服務的員工。
- 如果您懷疑有任何詐欺或是不法行為，請檢舉：
 - 健康照護服務部門呼籲，任何人在發現疑似出現 Medi-Cal 詐欺、浪費，或濫用的情況，請撥打 **1-800-822-6222**，致電 DHCS Medi-Cal 詐欺舉報專線。如果您遇到緊急情況，請撥打 **911**，以尋求及時救援。此通電話為免費電話，來電者可保持匿名。
 - 您也可以寄 email 到 fraud@dhcs.ca.gov 舉報疑似詐欺或濫用的行為，也可以填寫線上表格 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>。

