

Sacramento County

طرح بیمه سلامت روان (MHP)

کتابچه راهنمای ذینفع

خدمات تخصصی سلامت روان



7001-A East Parkway, Suite 300

Sacramento, CA 95823

تاریخ بازنگری: X سپتامبر، 2023

تاریخ اجرا: 1 ژانویه 2024¹

¹ دفترچه راهنما باید در زمانی که ذینفع برای اولین بار به خدمات دسترسی پیدا می‌کند ارائه شود.

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 بريل 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 հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 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 និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ព 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 مبتلا به معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ درشت نیز موجود است تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند. 1-916-875-6069, California Relay 711.

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 हैं। 1-916-875-6069, California Relay 711 पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

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 ntauv su thiab luam tawm ua tus ntauv 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 711번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-916-875-6069, California Relay 711번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃຫ້ທາງເບີ 1-916-875-6069, California Relay 711. ອັງກິດຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໄຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໃຫ້ທາງເບີ 1-916-875-6069, California Relay 711. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-916-875-6069, 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 mborqy 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।



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

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 serbisyo ng 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 916-875-6069 or TDD: 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.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

فهرست مطالب

| | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 | سایر زبانها و قالبها |
| 8 | اعلامیه عدم تبعیض |
| 10 | اطلاعات کلی |
| 13 | MEDI-CAL مهم درباره برنامه |
| 16 | چگونه متوجه شوید که خودتان یا کسی که می‌شناسید به کمک احتیاج دارد |
| 19 | دسترسی به خدمات سلامت روان تخصصی |
| 26 | انتخاب یک ارائه دهنده |
| 28 | حقوق شما برای دسترسی به سوابق پزشکی و استفاده از فهرست اطلاعات ارائه دهندگان |
| 29 | حیطه خدمات |
| 36 | تعیین مزایای نامطلوب توسط طرح سلامت روان شما |
| 39 | فرآیند حل و فصل مشکل: ارائه شکایت یا درخواست تجدیدنظر |
| 41 | فرآیند شکایت |
| 44 | فرآیند درخواست تجدیدنظر (استاندارد و فوری) |
| 49 | فرآیند دادرسی عادلانه ایالتی |
| 52 | دستورالعمل قبلی |
| 54 | حقوق و مسئولیت‌های ذینفع |



زبان‌ها و قالب‌های دیگر

زبان‌های دیگر

می‌توانید این کتابچه راهنمای ذینفع و سایر مطالب طرح را به زبان‌های دیگر بدون هیچ هزینه‌ای دریافت کنید. ما ترجمه‌های کتبی را از مترجمان واجد شرایط ارائه می‌یا، 711: California Relay، شهرستان ساکرامنتو 916-875-6069 MHP با تماس بگیرید. تماس رایگان است. برنامه بهداشت روانی 1-888-881-4881 نامیده می‌شود MHP شهرستان ساکرامنتو، برای بقیه سند، به عنوان برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات کمک زبانی مراقبت‌های درمانی، مانند مترجم شفاهی و خدمات ترجمه، این کتابچه راهنمای ذینفع را بخوانید.

قالب‌های دیگر

می‌توانید این اطلاعات را در قالب‌های دیگر، مانند خط بریل، فونت درشت 20، صوتی و قالب‌های الکترونیکی قابل دسترس بدون هزینه دریافت کنید. با MHP به شماره 916-875-6069, California Relay: 711, or 1-888-881-4881. این تماس رایگان است.



خدمات مترجم شفاهی

MHP خدمات ترجمه شفاهی را از طریق یک مترجم شفاهی واجد شرایط به صورت 24 ساعته و بدون هیچ هزینه‌ای ارائه می‌دهد. شما مجبور نیستید از یکی از اعضای خانواده یا دوست به عنوان مترجم شفاهی استفاده کنید. ما از استفاده از خردسالان به عنوان مترجم شفاهی را اصلاً توصیه نمی‌کنیم، مگر در شرایط اضطراری. خدمات مترجم شفاهی شفاهی، زبانی و فرهنگی بدون هیچ هزینه‌ای در دسترس است. کمک در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته در دسترس است. برای کمک زبانی یا برای دریافت این کتابچه راهنما به زبان دیگر، با شماره-916-881-4881 یا 1-888-881-4881، California Relay: 711, or 875-6069 یا تماس بگیرید. این تماس رایگان است.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.sacounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

اعلامیه عدم تبعیض

تبعیض خلاف قانون است. MHP تابع قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال است. MHP به دلیل جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، اصل و نسب، منشاء ملی، هویت گروه قومی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تاهل، جنسیت، هویت جنسی، یا گرایش جنسی میان افراد به طور غیرقانونی تبعیض قائل نمی شود، آن‌ها را حذف نمی کند، یا با آنها رفتار متفاوتی نمی کند.

MHP موارد زیر را ارائه می کند:

- کمک‌ها و خدمات رایگان به افراد مبتلا به معلولیت برای کمک به برقراری ارتباط بهتر، مانند:
 - مترجم زبان اشاره واجد شرایط
 - اطلاعات نوشتاری در قالب‌های دیگر (چاپ درشت، بریل، صوتی یا قالب‌های الکترونیکی قابل دسترس)
 - خدمات رایگان زبانی به افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست، مانند:
 - مترجم شفاهی واجد شرایط
 - اطلاعات نوشتاری به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، با MHP بین ساعات 8:00am – 5:00pm با شماره 6069-875-916 تماس بگیرید. یا، اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، لطفاً با شماره TDD number 711 تماس بگیرید. در صورت درخواست، این سند می‌تواند در قالب‌های بریل، چاپ درشت، صوتی یا الکترونیکی قابل دسترس در اختیار شما قرار گیرد.

نحوه ثبت شکایت

اگر فکر می‌کنید که MHP در ارائه این خدمات کوتاهی کرده است یا به طور غیرقانونی بر مبنای جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، اصل و نسب، منشاء ملی، هویت گروه قومی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تاهل، جنسیت، هویت جنسی یا گرایش جنسی تبعیض قائل شده است، می‌توانید شکایت خود را به **هماهنگ کننده حقوق شهروندی MHP** تسلیم نمایید. می‌توانید شکایت خود را از طریق تلفن، به صورت کتبی، حضوری یا الکترونیکی ارسال کنید:

- از طریق تلفن: با طرح سلامت روان شهرستان ساکرامنتو بین ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر با شماره California تماس بگیرید. یا اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، لطفاً با 1-916-875-6069 تماس بگیرید. Relay 711 به صورت نوشتاری: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای بنویسید و به آدرس زیر ارسال کنید:
- به صورت کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای بنویسید و آن را به: طرح سلامت روان شهرستان ساکرامنتو 7001، ساکرامنتو CA 95823، A East Parkway, Suite 300 ساکرامنتو 7001



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

- حضور: به مطب پزشک یا MHP مراجعه کنید و بگویید که می‌خواهید شکایت کنید.
- به صورت الکترونیکی: از وبسایت MHP به نشانی [Problem Resolution \(saccounty.gov\)](http://ProblemResolution(saccounty.gov)) دیدن کنید.

دفتر حقوق مدنی - سازمان خدمات بهداشت و درمان کالیفرنیا

همچنین می‌توانید از طریق تلفن، به صورت نوشتاری یا الکترونیکی یک شکایت حقوق مدنی به سازمان خدمات بهداشت و درمان کالیفرنیا، دفتر حقوق مدنی ارسال کنید:

- از طریق تلفن: با **916-440-7370** تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، لطفاً با **711** (رله ایالت کالیفرنیا) تماس بگیرید.
- به صورت نوشتاری: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به آدرس زیر ارسال کنید:

Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت در این نشانی موجود است:

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

- به صورت الکترونیکی: یک ایمیل به CivilRights@dhcs.ca.gov ارسال کنید.

اداره حقوق مدنی - وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده

اگر فکر می‌کنید بر مبنای نژاد، رنگ پوست، منشاء ملی، سن، معلولیت یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، همچنین می‌توانید از طریق تلفن، به صورت کتبی یا الکترونیکی یک شکایت حقوق مدنی به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، اداره حقوق مدنی ارائه دهید:

- از طریق تلفن: با **1-800-368-1019** تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، لطفاً با **TTY/TDD 1-800-537-7697** تماس بگیرید.
- به صورت نوشتاری: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به آدرس زیر ارسال کنید:

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



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
 دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
 مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

- فرم‌های شکایت در این نشانی موجود است:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- به صورت الکترونیکی: از پورتال اداره شکایات حقوق مدنی به نشانی
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> دیدن کنید

اطلاعات عمومی

چرا خواندن این کتابچه راهنما مهم است؟

این کتابچه راهنما به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal را از طریق طرح بیمه سلامت روان شهرستان خود دریافت کنید. این کتابچه راهنما مزایای شما و نحوه دریافت مراقبت را توضیح می‌دهد. همچنین به بسیاری از سوالات شما پاسخ خواهد داد.

مواردی که فرا خواهید گرفت:

- چگونه به خدمات تخصصی سلامت روان دسترسی یابید
- به چه مزایایی دسترسی دارید
- اگر سوال یا مشکلی داشتید چه کاری انجام دهید
- حقوق و مسئولیت‌های شما به عنوان یک ذینفع Medi-Cal

اگر اکنون این کتابچه راهنما را نمی‌خوانید، باید آن را نگه دارید تا بتوانید بعداً آن را بخوانید. این کتابچه راهنما و سایر مطالب مکتوب به صورت الکترونیکی در نشانی sacounty.gov Members' Handbook یا به صورت چاپی از طرح بیمه سلامت روان، به رایگان در دسترس است. اگر می‌خواهید نسخه چاپی آن را داشته باشید، با طرح بیمه سلامت روان خود به شماره 916-875-6069 تماس بگیرید.

از این کتابچه راهنما به عنوان مکمل اطلاعاتی که هنگام ثبت نام در Medi-Cal دریافت کرده‌اید استفاده کنید.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.sacounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

به این کتابچه به زبان خود یا قالب دیگری نیاز دارید؟

اگر به زبانی غیر از انگلیسی صحبت می‌کنید، خدمات مترجم شفاهی رایگان برای شما در دسترس است. بگیریید. بیمه سلامت روان شما 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته در دسترس است.

همچنین در صورت تمایل به دریافت این کتابچه راهنما یا سایر مطالب نوشتاری در قالب‌های جایگزین مانند چاپ درشت، خط بریل یا صدا، می‌توانید با طرح بیمه سلامت روان خود به شماره تماس بگیریید. طرح بیمه سلامت روان شما به شما کمک خواهد کرد.

اگر می‌خواهید این کتابچه راهنما یا سایر مطالب نوشتاری را به زبانی غیر از انگلیسی دریافت کنید، با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیریید. طرح بیمه سلامت روان شما از طریق تلفن به زبان شما به شما کمک می‌کند.

این اطلاعات به زبان‌های ذکر شده در زیر موجود است.

عربی
کانتونی
فارسی
همونگ
روسی
اسپانیایی
ویتنامی

طرح بیمه سلامت روان من مسئول چه چیزی است؟

طرح بیمه سلامت روان شما مسئول موارد زیر است:

- دریاپید که آیا معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان از شهرستان یا شبکه ارائه‌دهنده آن را دارید یا خیر.
- ارائه ارزیابی برای تعیین اینکه آیا به خدمات تخصصی سلامت روان نیاز دارید یا خیر.
- ارائه یک شماره تلفن رایگان که 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته پاسخ داده می‌شود، که می‌تواند به شما



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیریید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

بگوید چگونه از طرح بیمه سلامت روان خدمات دریافت کنید. 916-875-1055, toll free 1-888-881-4881, or California Relay 711.

- داشتن ارائه دهندگان کافی نزدیک به شما برای اطمینان از اینکه در صورت نیاز بتوانید خدمات درمانی سلامت روان تحت پوشش طرح بیمه سلامت روان را دریافت کنید.
- اطلاع رسانی و آموزش شما در مورد خدمات موجود در طرح بیمه سلامت روان شما.
- ارائه خدمات به زبان شما یا توسط مترجم شفاهی (در صورت نیاز) به رایگان و اطلاع رسانی به شما در مورد این که این خدمات مترجم شفاهی در دسترس است.
- اطلاع رسانی در مورد هرگونه تغییر مهم در اطلاعات ذکر شده در این کتابچه حداقل 30 روز قبل از تاریخ اجرای تغییرات. تغییر زمانی مهم تلقی می شود که مقدار یا نوع خدمات موجود افزایش یا کاهش یابد، یا اگر تعداد ارائه دهندگان شبکه افزایش یا کاهش یابد، یا هر تغییر دیگری که بر مزایایی که از طریق طرح بیمه سلامت روان دریافت می کنید تأثیر بگذارد.
- هماهنگی مراقبت شما با سایر طرح ها یا سیستم های ارائه در صورت نیاز، جهت تسهیل انتقال مراقبت و راهنمایی ارجاعات برای ذینفعان، و حصول اطمینان از این که حلقه ارجاع بسته است و ارائه دهنده جدید مراقبت از ذینفع را می پذیرد.
- اگر امکان داشته باشد که تغییر ارائه دهنده باعث آسیب به سلامت شما یا افزایش خطر بستری شدن شما گردد، طرح بیمه باید اطمینان حاصل نماید که برای مدتی به ارائه دهنده قبلی و فعلی خارج از شبکه خود دسترسی دارید.



اطلاعات مهم در مورد برنامه MEDI-CAL

آیا حمل و نقل موجود است؟

اگر برای قرار ملاقات‌های پزشکی یا قرار ملاقات‌های طرح بیمه سلامت روان مشکل دارید، برنامه Medi-Cal می‌تواند به شما در یافتن وسایل حمل و نقل کمک کند. به آن دسته از ذینفعان Medi-Cal که به تنهایی قادر به فراهم نمودن خدمات حمل و نقل نیستند و برای دریافت خدمات تحت پوشش Medi-Cal نیاز پزشکی دارند، خدمات حمل و نقل ارائه می‌شود. دو نوع حمل و نقل برای قرار ملاقات وجود دارد:

- حمل و نقل غیرپزشکی، حمل و نقل با وسیله نقلیه شخصی یا عمومی برای افرادی است که راه دیگری برای رسیدن به قرار ملاقات خود ندارند.
- حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی حمل و نقل با آمبولانس، ون حمل ویلچر یا ون حمل تخت برای کسانی است که نمی‌توانند از وسایل حمل و نقل عمومی یا خصوصی استفاده کنند.

وسایل حمل و نقل برای رفتن به داروخانه یا تهیه لوازم پزشکی، پروتز، ارتز و سایر تجهیزات مورد نیاز در دسترس است. برای اطلاعات بیشتر و کمک در مورد حمل و نقل، با طرح مراقبت‌های مدیریت شده خود تماس بگیرید. اگر Medi-Cal دارید اما در یک طرح مراقبت‌های مدیریت شده ثبت نام نکرده اید، و نیاز به حمل و نقل غیرپزشکی به یکی از مراکز مرتبط با سلامت دارید، می‌توانید مستقیماً با ارائه دهنده حمل و نقل غیرپزشکی یا ارائه دهنده خود برای کمک تماس بگیرید. هنگامی که با شرکت حمل و نقل تماس می‌گیرید، آنها اطلاعاتی در مورد تاریخ و زمان قرار ملاقات شما می‌خواهند. اگر به حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی نیاز دارید، ارائه‌دهنده شما می‌تواند حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را تجویز کند و شما را با یک ارائه‌دهنده حمل و نقل ارتباط دهد تا رفتن شما را به محل قرار ملاقات(های) شما و برگشت به منزل هماهنگ نماید.



خدمات اورژانسی چیست؟

خدمات اورژانسی خدماتی برای ذینفعانی است که یک مشکل پزشکی غیرمنتظره از جمله یک مشکل اورژانسی روانپزشکی را تجربه می‌کنند.

یک مشکل پزشکی اورژانسی دارای علائم آنچنان شدیدی است (احتمالاً شامل درد شدید) که یک فرد معمولی می‌تواند انتظار داشته باشد که هر لحظه شاید موارد زیر رخ دهد:

- سلامت فرد (یا سلامت کودک متولد نشده) ممکن است با مشکل جدی مواجه شود
- باعث آسیب جدی به نحوه عملکرد بدن شما شود
- باعث آسیب جدی به هر بخش یا اندام بدن شود

مشکل اورژانسی روانپزشکی زمانی اتفاق می‌افتد که یک فرد معمولی فکر کند که فردی:

- به دلیل مشکل سلامت روان یا مشکوک بودن به مشکل سلامت روان در همان لحظه خطری برای خود یا شخص دیگری باشد.
- به دلیل مشکل سلامت روان یا مشکوک بودن به مشکل سلامت روان، در آن لحظه قادر به تهیه یا خوردن غذا یا استفاده از لباس یا سرپناه نباشد.

خدمات اورژانسی در 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته به ذینفعان Medi-Cal ارائه می‌گردد. برای خدمات اورژانسی مجوز قبلی لازم نیست. برنامه Medi-Cal شرایط اضطراری را پوشش می‌دهد، خواه این مشکل به دلیل سلامت جسمانی باشد یا مشکل سلامت روان (افکار، احساسات، رفتارهایی که منبع پریشانی و/یا اختلال در عملکرد فرد یا دیگران هستند). اگر در Medi-Cal ثبت نام کرده باشید، حتی اگر مشخص شود که شرایط اورژانسی نیست، صورتحسابی برای رفتن به اورژانس دریافت نمی‌کنید. اگر فکر می‌کنید در شرایط اورژانسی هستید، با **911** تماس بگیرید یا برای کمک به بیمارستان یا مکان دیگری بروید.

آیا لازم است برای Medi-Cal هزینه‌پردازم؟

اکثر افراد مجبور نیستند برای Medi-Cal هزینه پردازند. در برخی موارد ممکن است مجبور شوید بسته به مقدار پولی که هر ماه دریافت می‌کنید یا به دست می‌آورید، برای Medi-Cal هزینه پردازید.

- اگر درآمد شما کمتر از حدود تعیین شده Medi-Cal برای تعداد افراد خانواده شما باشد، مجبور نخواهید بود برای خدمات Medi-Cal هزینه‌ای پردازید.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

- اگر درآمد شما بیش از حدود تعیین شده Medi-Cal برای تعداد افراد خانواده شما باشد، باید مقداری پول برای خدمات درمانی اختلالات مصرف مواد یا پزشکی خود بپردازید. مبلغی که پرداخت می‌کنید «سهم هزینه» شما نامیده می‌شود. هنگامی که «سهم هزینه» خود را پرداخت کردید، Medi-Cal مابقی قبوض پزشکی تحت پوشش شما را برای آن ماه پرداخت خواهد کرد. در ماه‌هایی که هزینه درمانی ندارید، نیازی به پرداخت هزینه ندارید.
- ممکن است مجبور شوید برای هر درمان تحت Medi-Cal «همپرداختی» بپردازید. این بدان معناست که هر بار که خدمات پزشکی دریافت یا برای خدمات عادی خود به اورژانس بیمارستان مراجعه می‌کنید، مبلغی را از جیب خود پرداخت می‌کنید.

ارائه دهنده شما به شما خواهد گفت که آیا نیاز به همپرداختی دارید یا خیر.

در صورت داشتن افکار خودکشی با چه کسی تماس بگیریم؟

اگر شما یا شخصی که می‌شناسید در بحران هستید، لطفاً با خط حیاتی ملی پیشگیری از خودکشی به شماره 988 یا 1-800-273-TALK (8255) تماس بگیرید. چت در نشانی <https://988lifeline.org> در دسترس است.

برای ساکنان محلی که به دنبال کمک در شرایط بحرانی هستند و برای دسترسی به برنامه‌های سلامت روان محلی، لطفاً با

- خط بحران پیشگیری از خودکشی: 3111-368-916
- طرح سلامت روان شهرستان ساکرامنتو: 1055-875-916 یا 4881-881-888-1
- مرکز درمان سلامت روان شهرستان ساکرامنتو: 3637-732-916 یا 1000-875-916.
- برنامه های نقطه عطف جامعه - کلینیک مراقبت فوری سلامت روان: 2460-520-916
- تیم پشتیبانی اجتماعی شهرستان ساکرامنتو (CST): 916-874-6015

برای اطلاعات بیشتر در مورد Medi-Cal به کجا می‌توانم مراجعه کنم؟

برای اطلاعات بیشتر در مورد Medi-Cal از وبسایت سازمان بهداشت و درمان به نشانی <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Beneficiaries.aspx> بازدید کنید.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

چگونه بفهمیم که شما یا کسی که می‌شناسید به کمک نیاز دارد

چگونه بفهمم که به کمک نیاز دارم؟

بسیاری از مردم دوران سختی در زندگی دارند و ممکن است مشکل سلامت روان یا مشکلات عاطفی را تجربه کنند. مهمترین چیزی که باید به خاطر بسپارید این است که کمک در دسترس است. اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان واجد شرایط Medi-Cal هستید و به خدمات سلامت روان نیاز دارید، باید با خط دسترسی طرح بیمه سلامت روان خود به شماره 916-875-1055, California Relay 711, or toll free 1-888-881-4881 تماس بگیرید. اگر طرح مراقبتهای مدیریت شده شما به این نتیجه برسد که شما یا یکی از اعضای خانواده به خدمات سلامت روان نیاز دارید که طرح مراقبتهای مدیریت شده آن را پوشش نمی‌دهد، آنها نیز می‌توانند به شما کمک کنند که با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید. طرح بیمه سلامت روان به شما کمک می‌کند تا ارائه دهنده خدماتی را که ممکن است به آن نیاز داشته باشید پیدا کنید.

اگر متوجه شدید که شما یا یکی از اعضای خانواده پریشانی قابل توجه یا مداومی را تجربه می‌کنید، که بر توانایی شما یا آنها برای مدیریت زندگی روزمره تأثیر می‌گذارد یا احساس می‌کنید که نمی‌خواهید زنده بمانید، با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید. اگر برای یک یا چند مورد از علائم زیر کمک می‌خواهید با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید:

- نگرانی یا ترس بیش از حد
- احساس غم و اندوه بیش از حد
- دشواری تفکر:
- مشکلات تمرکز، حافظه یا تفکر و گفتار منطقی که توضیح آنها سخت باشد
- تغییرات خلقی شدید، از جمله:
 - احساس خوب بیش از حد، بسیار خرسند و شادمان
 - بیش از حد تحریک پذیر یا عصبانی برای مدت طولانی
- پرهیز از دوستان و فعالیتهای اجتماعی
- مشکلات در روابط با افراد دیگر
- خوابیدن بسیار زیاد یا بسیار کم
- خوردن بسیار زیاد یا بسیار کم
- مشکلاتی در شنیدن، دیدن یا حس کردن چیزهایی که توضیح آنها سخت است یا اکثر مردم می‌گویند وجود ندارند



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.sacounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

- مشکلات مصرف الکل یا مواد مخدر
- بسیاری از مشکلات جسمی بدون دلایل واضح، مانند:
 - سردرد
 - دل درد
- فکر کردن به خودکشی
- تغییر ناگهانی یا غیر معمول در عملکرد:
 - عدم توانایی در انجام فعالیت‌های معمول روزانه، مشکلاتی در کار، مدرسه یا کارهایی که به آن وارد هستید

چگونه بفهمم که یک کودک یا نوجوان به کمک نیاز دارد؟

اگر فکر می‌کنید هرگونه علائم مشکلات سلامت روان در کودک یا نوجوان شما وجود دارد، می‌توانید با خط دسترسی طرح بیمه سلامت روان خود به شماره 1055-875-916 یا طرح مراقبت‌های مدیریت‌شده برای غربالگری و ارزیابی او تماس بگیرید. اگر کودک یا نوجوان شما واجد شرایط Medi-Cal باشد و ارزیابی طرح بیمه سلامت روان نشان دهد که به خدمات تخصصی سلامت روان تحت پوشش طرح بیمه سلامت روان مورد نیاز است، طرح بیمه سلامت روان ترتیبی می‌دهد که کودک یا نوجوان شما این خدمات را دریافت کند. اگر طرح مراقبت‌های مدیریت‌شده شما به این نتیجه برسد که کودک یا نوجوان شما به خدمات سلامت روان نیاز دارد که طرح مراقبت‌های مدیریت‌شده آن را پوشش نمی‌دهد، آنها نیز می‌توانند به شما کمک کنند که با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید. برای والدینی که از والدگری خود احساس ناراحتی می‌کنند یا مبتلا به مشکل سلامت روان هستند نیز خدماتی وجود دارد.

چک لیست زیر می‌تواند به شما کمک کند ارزیابی کنید که آیا فرزندتان به کمک نیاز دارد یا خیر، مانند خدمات سلامت روان. اگر بیش از یک نشانه وجود داشته باشد یا در مدتی طولانی ادامه داشته باشد، ممکن است نشان دهنده مشکل جدی تری باشد که نیاز به کمک حرفه‌ای دارد. در اینجا چند نشانه ذکر شده است که باید مراقب آنها بود:

- دشواری زیاد در تمرکز یا ثابت ماندن، که او را در معرض خطر جسمی قرار دهد یا برایش مشکلاتی در مدرسه ایجاد کند
- نگرانی‌ها یا ترس‌های شدیدی که مانع فعالیت‌های روزانه‌اش شود
- ترس شدید ناگهانی و بدون دلیل، گاهی با ضریان تند قلب یا تنفس سریع
- احساس غمگینی زیاد یا دوری از دیگران به مدت دو هفته یا بیشتر که در فعالیت‌های روزانه مشکل ایجاد کند



- نوسانات خلقی شدید که باعث ایجاد مشکلات در روابط شود
- تغییرات شدید در رفتار
- نخوردن غذا، استفراغ، یا استفاده از ملین‌ها برای کاهش وزن
- استفاده مکرر از الکل یا مواد مخدر
- رفتار خشن و خارج از کنترل که می‌تواند به خود یا دیگران آسیب برساند
- برنامه‌ریزی جدی یا تلاش برای آسیب رساندن یا کشتن خود
- دعوای مکرر یا استفاده از سلاح یا برنامه جدی برای صدمه زدن به دیگران



دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان

خدمات تخصصی سلامت روان شامل چه مواردیست؟

خدمات تخصصی سلامت روان، خدماتی برای افرادی است که مبتلا به مشکل سلامت روان یا دچار مشکلات عاطفی هستند که ممکن است پزشک اطفال یا پزشک عمومی نتواند آنها را درمان کند. این مشکلات به اندازه‌ای شدید هستند که مانع از توانایی فرد برای ادامه فعالیت‌های روزانه خود می‌شوند.

خدمات تخصصی سلامت روان عبارتند از:

- خدمات سلامت روان
- خدمات پشتیبانی دارویی
- سامانبخشی هدفمند بیمار
- خدمات مداخله در بحران
- خدمات تثبیت بحران
- خدمات درمان اقامتگاهی بزرگسالان
- خدمات درمان اقامتگاهی بحران
- خدمات ویژه درمان روزانه
- توانبخشی روزانه
- خدمات بیمارستانی بستری روانپزشکی
- خدمات مراکز درمانی روانپزشکی
- خدمات پشتیبانی هم‌تایان (فقط برای بزرگسالان در برخی از شهرستان‌ها در دسترس است، اما ذینفعان زیر 21 سال بدون در نظر گرفتن شهرستان محل سکونتشان ممکن است واجد شرایط استفاده از خدمات تحت غربالگری، تشخیص و درمان زود هنگام و دوره‌ای بشوند)
- خدمات بحران سیار

علاوه بر خدمات تخصصی سلامت روان ذکر شده در بالا، ذینفعان زیر 21 سال به خدمات سلامت روان اضافی تحت

مزایای غربالگری زود هنگام و دوره‌ای، تشخیصی و درمانی دسترسی دارند. آن خدمات عبارتند از:

- خدمات ویژه در منزل



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

- هماهنگی مراقبت‌های ویژه
- خدمات رفتار درمانی
- مراقبت درمانی در شبه خانواده

اگر مایلید در مورد هر یک از خدمات تخصصی سلامت روان که ممکن است در دسترس شما باشد اطلاعات بیشتری کسب کنید، به بخش «حوزه خدمات» در این کتابچه راهنمای کاربر مراجعه کنید.

چگونه می‌توانم خدمات تخصصی سلامت روان دریافت کنم؟

اگر فکر می‌کنید به خدمات تخصصی سلامت روان نیاز دارید، می‌توانید با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید تا غربالگری اولیه را دریافت کنید و برای ارزیابی قرار ملاقاتی تعیین کنید. می‌توانید با شماره تلفن رایگان شهرستان خود تماس بگیرید. همچنین اگر ذینفع طرح مراقبت‌های مدیریت شده هستید، می‌توانید از آنها درخواست خدمات سلامت روان کنید. اگر طرح مراقبت‌های مدیریت شده مشخص کند که شما معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را دارید، طرح مراقبت‌های مدیریت شده به شما کمک می‌کند تا جهت دریافت خدمات سلامت روان از طریق طرح بیمه سلامت روان مورد ارزیابی قرار بگیرید. هیچ در بسته‌ای برای دسترسی به خدمات سلامت روان وجود ندارد، به این معنی که حتی ممکن است بتوانید از طریق طرح مراقبت‌های مدیریت شده خود علاوه بر خدمات تخصصی سلامت روان، خدمات سلامت روان غیرتخصصی نیز دریافت کنید. اگر ارائه دهنده شما تشخیص دهد که خدمات از نظر بالینی برای شما مناسب است و تا زمانی که این خدمات هماهنگ بوده و تکراری نباشند، می‌توانید از طریق ارائه دهنده سلامت روان خود به این خدمات دسترسی داشته باشید.

همچنین ممکن است توسط شخص یا سازمان دیگری، از جمله پزشک عمومی، مدرسه، یکی از اعضای خانواده، قیم، طرح مراقبت‌های مدیریت شده خود، یا سایر سازمان‌های شهرستان، برای خدمات تخصصی سلامت روان به طرح بیمه سلامت روان خود ارجاع داده شوید. معمولاً پزشک عمومی یا طرح مراقبت‌های مدیریت شده برای ارجاع مستقیم به طرح بیمه سلامت روان به اجازه شما یا اجازه والدین یا مراقب کودک نیاز دارد، مگر اینکه شرایط اضطراری وجود داشته باشد. طرح بیمه سلامت روان شما نمی‌تواند درخواست انجام یک ارزیابی اولیه را برای تعیین اینکه آیا معیارهای دریافت خدمات از طرح بیمه سلامت روان را برآورده می‌کنید رد کند.



خدمات تخصصی سلامت روان توسط طرح بیمه سلامت روان (شهرستان) یا سایر ارائه دهندگانی که طرح بیمه سلامت روان با آنها قرارداد دارد (مانند کلینیک ها، مراکز درمانی، سازمان های مبتنی بر جامعه، یا ارائه دهندگان شخصی) قابل ارائه است.

از کجا می توانم خدمات تخصصی سلامت روان دریافت کنم؟

شما می توانید خدمات تخصصی سلامت روان را در شهرستان محل زندگی خود و در صورت لزوم در خارج از شهرستان خود دریافت کنید. می توانید با تماس با Access در 1055-875-916 یا تلفن رایگان با شماره 1-888-881-4881، خدمات بهداشت روانی را درخواست کنید. تیم Access اطلاعات می دهد، نیازهای تخصصی خدمات سلامت روان را ارزیابی می کند و ارجاع می دهد. هر شهرستان دارای خدمات تخصصی سلامت روان برای کودکان، جوانان، بزرگسالان و سالمندان است. اگر زیر 21 سال سن دارید، واجد شرایط پوشش و مزایای اضافی تحت غربالگری، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره ای هستید.

طرح بیمه سلامت روان شما به شما کمک می کند تا ارائه دهنده ای را پیدا کنید که بتواند مراقبت های مورد نیاز شما را به شما ارائه کند. طرح بیمه سلامت روان باید شما را به ارائه دهندگانی که به خانه شما نزدیکتر است یا در فاصله زمانی یا مسافتی استاندارد با شما قرار دارد و میتواند نیازهای شما را برآورده کند ارجاع دهد.

چه زمانی می توانم خدمات تخصصی سلامت روان دریافت کنم؟

طرح بیمه سلامت روان شما باید استانداردهای تعیین زمان قرار ملاقات ایالتی را جهت تعیین نوبت شما برای دریافت خدمات از طرح بیمه سلامت روان، رعایت کند. طرح بیمه سلامت روان باید به شما یک قرار ملاقات بدهد که:

- ظرف 10 روز کاری پس از درخواست غیر فوری شما برای شروع خدمات نزد طرح بیمه سلامت روان باشد؛
- در صورت درخواست خدمات برای شرایط اضطراری ظرف 48 ساعت باشد؛
- ظرف 15 روز کاری پس از درخواست غیر فوری شما برای قرار ملاقات با روانپزشک باشد؛ و
- ظرف مدت 10 روز کاری از قرار قبلی برای قرارهای غیر فوری برای پیگیری مشکل موجود باشد.

با این حال، اگر ارائه دهنده شما تشخیص داده باشد که زمان انتظار طولانی تر از نظر پزشکی مناسب است و برای سلامتی شما مضر نیست، ممکن است این زمان ها طولانی تر باشد. اگر به شما گفته شده که در لیست انتظار قرار گرفته اید و احساس می کنید که این مدت زمان برای سلامتی شما مضر است، با طرح بیمه سلامت روان خود به شماره 916-875-875-875-



6069 تماس بگیرید. اگر مراقبت به موقع دریافت نکردید، حق دارید شکایت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ثبت شکایت، لطفاً بخش «فرایند شکایت» این کتابچه راهنما را ببینید.

چه کسی تصمیم می‌گیرد که کدام خدمات را دریافت کنم؟

شما، ارائه‌دهنده شما و طرح بیمه سلامت روان همگی در تصمیم‌گیری در مورد خدماتی که باید از طریق طرح بیمه سلامت روان دریافت کنید، دخیل هستید. یک متخصص سلامت روان با شما صحبت می‌کند و به شما کمک می‌کند تا مشخص کنید که چه نوع خدمات تخصصی سلامت روان مناسب نیازهای شماست.

برای درخواست کمک، نیازی نیست بدانید که آیا تشخیص بیماری سلامت روان دارید یا مشکل سلامت روان خاصی دارید. طرح بیمه سلامت روان ارزیابی وضعیت شما را انجام خواهد داد. ارائه‌دهنده بررسی خواهد کرد که آیا شما یک مشکل سلامت روان دارید که در صورت عدم درمان می‌تواند تأثیر منفی بر زندگی روزمره شما بگذارد یا خیر. هنگامی که ارائه‌دهنده شما این ارزیابی را انجام می‌دهد، می‌توانید خدمات بالینی مناسب و تحت پوشش را دریافت کنید.

اگر زیر 21 سال سن دارید و به دلیل آسیب روانی، بودن در سیستم رفاه کودکان، حضور در زندان نوجوانان، یا تجربه بی‌خانمانی، دچار مشکل سلامت روان هستید، ممکن است بتوانید به خدمات تخصصی سلامت روان نیز دسترسی داشته باشید. علاوه بر این، اگر زیر 21 سال سن دارید، طرح بیمه سلامت روان باید خدمات پزشکی لازم را برای اصلاح یا بهبود مشکل سلامت روان شما ارائه دهد. خدماتی که وضعیت سلامت روان را اصلاح، حفظ، حمایت، بهبود یا قابل تحمل‌تر می‌کنند، از نظر پزشکی ضروری تلقی می‌شوند.

برخی از خدمات ممکن است نیاز به مجوز قبلی از طرح بیمه سلامت روان داشته باشند. خدماتی که نیاز به مجوز قبلی دارند عبارتند از: خدمات ویژه در منزل، درمان روزانه ویژه، توانبخشی روزانه، خدمات رفتار درمانی، و مراقبت درمانی در شبه‌خانواده. می‌توانید از طرح بیمه سلامت روان اطلاعات بیشتری در مورد فرآیند اجازه قبلی آن بخواهید. برای درخواست اطلاعات بیشتر با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید.



طرح بیمه سلامت روان باید از یک متخصص واجد شرایط برای بررسی اجازه خدمات استفاده کند. این فرآیند بررسی، اجازه قبلی برای خدمات تخصصی سلامت روان نامیده می‌شود. فرآیند اجازه طرح بیمه سلامت روان باید از جدول زمانی خاصی پیروی کند. برای استاندارد بودن اجازه قبلی، طرح بیمه سلامت روان باید بر اساس درخواست ارائه‌دهنده شما به همان سرعتی که شرایط شما نیاز دارد تصمیم بگیرد، اما از زمانی که طرح بیمه سلامت روان درخواست را دریافت می‌کند از پنج روز کاری تجاوز نکند. برای مثال، اگر پیروی از بازه زمانی استاندارد می‌تواند زندگی، سلامت یا توانایی شما برای دستیابی، حفظ یا بازیابی حداکثر عملکرد را به طور جدی به خطر بیندازد، طرح بیمه سلامت روان شما باید در تصمیم‌گیری درباره اجازه عجله کند و بر اساس یک بازه زمانی مرتبط با مشکل سلامتی شما اطلاعیه‌ای حداکثر 72 ساعت پس از دریافت درخواست خدمات ارائه کند. اگر شما یا ارائه‌دهنده شما درخواست تمدید نمایید، یا طرح بیمه سلامت روان توجیهی مبنی بر اینکه چرا تمدید به نفع شماست ارائه دهد، طرح بیمه سلامت روان شما پس از دریافت درخواست می‌تواند تا 14 روز تقویمی دیگر آن را تمدید کند.

نمونه‌ای از هنگامی که ممکن است تمدید مورد نیاز باشد، زمانی است که طرح بیمه سلامت روان فکر می‌کند ممکن است بتواند درخواست ارائه دهنده شما برای درمان را در صورت دریافت اطلاعات اضافی از ارائه دهنده شما تأیید کند. اگر طرح بیمه سلامت روان زمان درخواست ارائه‌دهنده را تمدید کند، شهرستان یک اعلامیه کتبی در مورد تمدید برای شما ارسال می‌کند.

اگر طرح بیمه سلامت روان خدمات درخواستی را رد کرد، به تأخیر انداخت، کاهش داد یا خاتمه داد، طرح بیمه سلامت روان باید یک اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب برای شما ارسال کند و به شما بگوید که آن خدمات رد شده، تأخیر، کاهش یا خاتمه یافته است، به شما اطلاع می‌دهد که می‌توانید درخواست تجدید نظر بدهید و اطلاعاتی در مورد نحوه ثبت درخواست تجدید نظر به شما بدهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود برای ثبت شکایت یا تجدیدنظر در زمانی که با تصمیم طرح بیمه سلامت روان خود مبنی بر رد خدمات خود یا انجام سایر اقداماتی که با آن مخالفید، موافق نیستید، به بخش تعیین مزایای نامطلوب توسط سلامت روانی خود در صفحه 36 این کتابچه راهنما مراجعه کنید.

ضرورت پزشکی چیست؟

خدماتی که دریافت می‌کنید باید از نظر پزشکی ضروری و مناسب برای رفع مشکل شما باشند. برای افراد 21 سال و بالاتر، زمانی خدمات از نظر پزشکی ضروری است که برای محافظت از زندگی شما، پیشگیری از بیماری یا معلولیت قابل توجه یا کاهش درد شدید، معقول و ضروری باشد.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

برای افراد زیر 21 سال، زمانی خدمات از نظر پزشکی ضروری است که وضعیت سلامت روان را اصلاح کند، حفظ کند، حمایت کند، بهبود بخشد یا قابل تحمل تر کند. خدماتی که وضعیت سلامت روان را حفظ، پشتیبانی، بهبود می‌بخشد یا قابل تحمل تر می‌کند، از نظر پزشکی ضروری تلقی می‌شوند و تحت پوشش خدمات غربالگری، تشخیصی و درمانی زود هنگام و دوره‌ای قرار می‌گیرند.

چگونه می‌توانم سایر خدمات سلامت روان را که تحت پوشش طرح بیمه سلامت روان نیستند دریافت کنم؟

اگر در یک طرح مراقبت‌های مدیریت شده ثبت نام کرده اید، از طریق طرح مراقبت‌های مدیریت شده خود به خدمات سلامت روان سرپایی زیر دسترسی دارید:

- ارزیابی سلامت روان و درمان شامل درمان فردی، گروهی و خانوادگی.
- آزمون‌های روانشناختی و عصب روانشناختی، زمانی که از نظر بالینی برای ارزیابی مشکل سلامت روان نشان داده شود.
- خدمات سرپایی به منظور نظارت بر داروهای تجویزی.
- مشاوره روانپزشکی.

برای دریافت هر یک از خدمات فوق، مستقیماً با طرح مراقبت‌های مدیریت شده خود تماس بگیرید. اگر در طرح مراقبت‌های مدیریت شده نیستید، ممکن است بتوانید این خدمات را از ارائه دهندگان و کلینیک‌هایی که Medi-Cal را می‌پذیرند، دریافت کنید. طرح بیمه سلامت روان ممکن است بتواند به شما کمک کند ارائه دهنده یا کلینیکی را پیدا کنید که می‌تواند به شما کمک کند یا ممکن است ایده‌هایی در مورد چگونگی پیدا کردن یک ارائه دهنده یا کلینیک به شما بدهد.

هر داروخانه‌ای که Medi-Cal را می‌پذیرد می‌تواند داروهای نسخه‌های درمانی مشکلات سلامت روان را ارائه دهد. لطفاً توجه داشته باشید که اکثر داروهای نسخه‌ای که توسط داروخانه تجویز می‌شوند، به نام Medi-Cal Rx، تحت پوشش برنامه Fee-For-Service Medi-Cal هستند، نه طرح مراقبت‌های مدیریت شده شما.

چگونه می‌توانم سایر خدمات Medi-Cal (مراقبت اولیه/Medi-Cal) را که تحت پوشش طرح بیمه سلامت روان نیستند، دریافت کنم؟

اگر در یک طرح مراقبت‌های مدیریت شده هستید، این طرح مسئول پیدا کردن یک ارائه دهنده برای شما است. اگر در یک طرح مراقبت‌های مدیریت شده ثبت نام نکرده‌اید و Medi-Cal "معمولی" دارید که Fee-For-Service Medi-Cal نیز



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

نامیده می‌شود، می‌توانید به هر ارائه دهنده‌ای که Medi-Cal را می‌پذیرد مراجعه کنید. قبل از شروع دریافت خدمات، باید به ارائه دهنده خود بگویید که Medi-Cal دارید. در غیر این صورت، ممکن است برای آن خدمات صورتحساب دریافت کنید.

می‌توانید از یک ارائه دهنده خارج از طرح مراقبت‌های مدیریت شده خود برای خدمات تنظیم خانواده استفاده کنید.

اگر مشکل الکل یا مواد مخدر داشته باشم چه می‌شود؟

اگر فکر می‌کنید که برای درمان مشکل الکل یا مواد مخدر به خدمات نیاز دارید، با شهرستان خود تماس بگیرید:

(SUPT) سیستم مراقبت پیشگیری و درمان استفاده از مواد در شهرستان ساکرامنتو

7001-A East Parkway، ساکرامنتو، CA 95823

تلفن: 9754-874-916

711 California Relay بعد از ساعت کاری: 1-888-881-4881 یا

چرا ممکن است به خدمات بستری بیمارستان روانپزشکی نیاز داشته باشم؟

در صورتی ممکن است در بیمارستان بستری شوید که مشکل سلامت روان یا علائم یک مشکل سلامت روان را داشته باشید که نمی‌توان به طور ایمن در سطح پایین‌تری از مراقبت درمان کرد، و به دلیل مشکل سلامت روان یا علائم مشکل سلامت روان، شما:

- در حال حاضر خطری برای خود یا دیگران محسوب شوید یا امکان تخریب قابل توجه اموال وجود داشته باشد
- قادر به فراهم آوردن یا استفاده از غذا، پوشاک یا سرپناه نباشید
- خطر جدی برای سلامت جسمانی خود داشته باشید
- اخیراً یک مشکل سلامت روان تاثیر منفی قابل توجهی بر توانایی عملکرد شما ایجاد کرده باشد
- نیاز به ارزیابی روانپزشکی، درمان دارویی، یا درمان دیگری داشته باشید که فقط در بیمارستان قابل ارائه باشد



انتخاب یک ارائه دهنده

چگونه می‌توانم یک ارائه دهنده برای خدمات تخصصی سلامت روانی که نیاز دارم پیدا کنم؟

طرح بیمه سلامت روان شما ملزم است فهرست راهنمای ارائه دهندگان فعلی را به صورت آنلاین ارائه دهد. اگر دربارۀ ارائه دهندگان فعلی سؤال دارید یا می‌خواهید فهرست به‌روزرسانی شده ارائه‌دهندگان را داشته باشید، از وبسایت طرح بیمه سلامت روان خود بازدید کنید ([Provider Lists \(saccounty.gov\)](http://ProviderLists.saccounty.gov)) یا با شماره تلفن رایگان طرح بیمه سلامت روان تماس بگیرید. در صورت درخواست می‌توانید فهرستی را به صورت کتبی یا از طریق پست دریافت کنید.

طرح بیمه سلامت روان ممکن است محدودیت‌هایی را برای انتخاب ارائه‌دهندگان شما ایجاد کند. هنگامی که برای اولین بار شروع به دریافت خدمات تخصصی سلامت روان می‌کنید، می‌توانید درخواست کنید که طرح بیمه سلامت روان شما یک انتخاب اولیه از حداقل دو ارائه‌دهنده را در اختیار شما قرار دهد. طرح بیمه سلامت روان شما باید به شما اجازه دهد ارائه‌دهندگان را نیز تغییر دهید. اگر بخواهید ارائه‌دهندگان را تغییر دهید، طرح بیمه سلامت روان باید به شما اجازه دهد تا حد امکان بین حداقل دو ارائه‌دهنده یکی را انتخاب کنید.

طرح بیمه سلامت روان شما مسئول این است که اطمینان حاصل کند که شما به موقع به مراقبت دسترسی داشته باشید و ارائه‌دهندگان کافی در نزدیکی شما وجود داشته باشد تا اطمینان حاصل شود که در صورت نیاز می‌توانید خدمات درمانی سلامت روان تحت پوشش طرح بیمه سلامت روان را دریافت کنید.

گاهی اوقات ارائه‌دهندگان قراردادی طرح بیمه سلامت روان ترجیح می‌دهند دیگر خدمات تخصصی سلامت روان را ارائه ندهند. ممکن است ارائه‌دهندگان طرح بیمه سلامت روان دیگر با طرح بیمه سلامت روان قرارداد نبندند، یا دیگر بیماران خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal را به تنهایی یا بنا به درخواست طرح بیمه سلامت روان نپذیرند. هنگامی که این اتفاق می‌افتد، طرح بیمه سلامت روان باید تلاش کند تا به هر فردی که خدمات تخصصی سلامت روان را از ارائه‌دهنده دریافت می‌کند، به صورت کتبی اعلام کند. اعلام به‌ذینفع باید 30 روز تقویمی قبل از تاریخ مؤثر خاتمه یا 15 روز تقویمی پس از اینکه طرح بیمه سلامت روان از توقف کار ارائه‌دهنده مطلع شود، ارائه گردد. وقتی این اتفاق می‌افتد، در صورت موافقت شما و ارائه‌دهنده، طرح بیمه سلامت روان شما باید به شما اجازه دهد که به دریافت خدمات از ارائه‌دهنده‌ای که طرح بیمه سلامت روان را ترک کرده است، ادامه دهید. این حالت، "تداوم مراقبت" نامیده می‌شود و در زیر توضیح داده شده است.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

آیا می‌توانم به دریافت خدمات از ارائه دهنده فعلی خود ادامه دهم؟

اگر از قبل از یک طرح مراقبتهای مدیریت شده، خدمات سلامت روان دریافت می‌کنید، می‌توانید به دریافت مراقبت از آن ارائه دهنده ادامه دهید، حتی اگر خدمات سلامت روان را از ارائه دهنده طرح بیمه سلامت روان خود دریافت کنید، به شرط آن که خدمات بین ارائه دهندگان هماهنگ باشد و خدمات یکسان نباشند.

بعلاوه، اگر از قبل خدمات تخصصی سلامت روان را از یک طرح بیمه سلامت روان دیگر، طرح مراقبتهای مدیریت شده یا یک ارائه‌دهنده Medi-Cal دریافت می‌کنید، می‌توانید درخواست «تداوم مراقبت» کنید تا بتوانید تا 12 ماه با ارائه‌دهنده فعلی خود بمانید. در صورت نیاز به ماندن با ارائه دهنده فعلی خود برای ادامه درمان فعلی یا به این دلیل که تغییر به ارائه دهنده جدید به وضعیت سلامت روان شما آسیب جدی وارد می‌کند، می‌توانید درخواست تداوم مراقبت کنید. درخواست تداوم مراقبت شما ممکن است در صورت صحت موارد زیر اعطا شود:

- شما یک رابطه مداوم با ارائه دهنده‌ای که درخواست می‌کنید دارید و در 12 ماه گذشته نزد آن ارائه دهنده رفته‌اید.
- ارائه دهنده واجد شرایط است و الزامات Medi-Cal را برآورده می‌کند؛ و
- ارائه دهنده با الزامات طرح بیمه سلامت روان برای قرارداد با طرح بیمه سلامت روان و پرداخت هزینه خدمات موافقت می‌کند؛ و
- ارائه دهنده اسناد مربوطه را در مورد نیاز شما به خدمات با طرح بیمه سلامت روان به اشتراک می‌گذارد



حق شما برای دسترسی به سوابق پزشکی و استفاده از فهرست اطلاعات ارائه‌دهنده

شهرستان شما ملزم به ایجاد و حفظ یک سیستم ایمن است تا بتوانید به سوابق پزشکی خود دسترسی داشته باشید و با استفاده از فناوری‌های رایج مانند رایانه، تبلت هوشمند یا دستگاه تلفن همراه، یک ارائه‌دهنده را پیدا کنید. این سیستم، رابط برنامه نویسی اپلیکیشن دسترسی بیمار (API) نامیده می‌شود. اطلاعاتی را که باید در انتخاب یک برنامه کاربردی برای دسترسی به سوابق پزشکی و تعیین محل ارائه دهنده در نظر بگیرید، در وب سایت شهرستان شما یافت می‌شود.

ما برای توسعه (EHR) شهرستان ساکرامنتو در حال حاضر در حال کار با فروشنده پرونده مراقبت الکترونیکی سلامت پورتال دسترسی بیمار است. تاریخ اجرای تخمینی ژانویه 2025 است.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.sacounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

حوزه خدمات

اگر معیارهای لازم برای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را داشته باشید، خدمات زیر بر اساس نیاز شما در دسترس شماست. ارائه‌دهنده شما با شما کار خواهد کرد تا تصمیم بگیرد که کدام خدمات برای شما بهترین کارایی را دارد.

خدمات سلامت روان

- خدمات سلامت روان خدمات درمانی فردی، گروهی یا خانوادگی است که به افراد مبتلا به بیماری‌های روانی کمک می‌کند تا مهارت‌های مقابله‌ای را برای زندگی روزمره توسعه دهند. این خدمات همچنین شامل کارهایی می‌شود که ارائه‌دهنده برای کمک به بهتر شدن خدمات برای دریافت‌کننده خدمات انجام می‌دهد. این موارد عبارتند از: ارزیابی برای اینکه ببینند آیا به خدمات نیاز دارید یا خیر و این که این خدمات چگونه جواب می‌دهد؛ برنامه ریزی درمانی برای تصمیم‌گیری در مورد اهداف درمان سلامت روان شما و خدمات خاصی که ارائه خواهد شد؛ و افراد «جانبی»، که به معنای کار کردن با اعضای خانواده و افراد مهم زندگی‌تان است (اگر اجازه بدهید) تا به شما کمک کنند توانایی‌های زندگی روزانه‌تان را بهبود ببخشید یا حفظ کنید. خدمات سلامت روان را می‌توان در یک کلینیک یا مطب ارائه‌دهنده، یا در خانه خود یا محیط‌های دیگر جامعه، از طریق تلفن یا از طریق درمان از راه دور (که شامل تعاملات صوتی و تصویری است) ارائه کرد.

خدمات پشتیبانی دارویی

- این خدمات شامل تجویز، تزریق، تحویل و نظارت بر داروهای روانپزشکی و آموزش مرتبط با داروهای روانپزشکی است. خدمات پشتیبانی دارویی می‌تواند در یک کلینیک یا مطب ارائه‌دهنده، یا در خانه خود یا محیط‌های دیگر جامعه، از طریق تلفن یا از طریق درمان از راه دور (که شامل تعاملات صوتی و تصویری است) ارائه شود.

سامانبخشی هدفمند بیمار

- این خدمت به دریافت خدمات پزشکی، آموزشی، اجتماعی، پیش‌گزینشی، شغلی، توانبخشی یا سایر خدمات اجتماعی که دسترسی به آنها ممکن است برای افراد مبتلا به مشکلات روانشناختی به تنهایی دشوار باشد، کمک می‌کند. سامانبخشی هدفمند بیمار شامل توسعه طرح، ارتباط، هماهنگی و ارجاع؛ نظارت بر ارائه خدمات برای اطمینان از دسترسی فرد به خدمات و سیستم ارائه خدمات؛ و نظارت بر پیشرفت فرد است، اما محدود به موارد فوق نیست.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

خدمات مداخله در بحران

- این خدمت برای رفع یک مشکل فوری که نیاز به توجه فوری دارد در دسترس است. هدف مداخله در بحران، کمک به افراد جامعه است تا در نهایت راهی بیمارستان نشوند. مداخله در بحران می‌تواند تا هشت ساعت طول بکشد و می‌تواند در یک کلینیک یا مطب ارائه‌دهنده، یا در خانه یا محیط اجتماعی دیگر، از طریق تلفن یا از طریق درمان از راه دور (که شامل تعاملات صوتی و تصویری است) ارائه شود.

خدمات تثبیت بحران

- این خدمت برای رفع یک مشکل فوری که نیاز به توجه فوری دارد در دسترس است. تثبیت بحران کمتر از 24 ساعت طول می‌کشد و باید در یک مرکز مراقبت درمانی 24 ساعته مجاز، در یک برنامه سرپایی مستقر در بیمارستان، یا در یک سایت ارائه دهنده دارای گواهی برای ارائه خدمات تثبیت بحران ارائه شود.

خدمات درمان اقامتگاهی بزرگسالان

- این خدمات، درمان سلامت روان و مهارت‌سازی را برای افرادی ارائه می‌کند که در مراکز مجازی زندگی می‌کنند که خدمات درمانی اقامتگاهی را برای افراد مبتلا به مشکل سلامت روان ارائه می‌کنند. این خدمات 24 ساعته و هفت روز هفته در دسترس است. Medi-Cal هزینه اتاق و غذا را برای حضور در مرکز ارائه خدمات درمانی اقامتگاهی بزرگسالان پوشش نمی‌دهد.

خدمات درمان اقامتگاهی بحران

- این خدمات به افرادی که درگیر یک بحران روانی یا عاطفی جدی هستند، اما نیازی به مراقبت در بیمارستان روانپزشکی ندارند، درمان سلامت روان و مهارت‌سازی را ارائه می‌دهد. این خدمات به صورت 24 ساعته و هفت روز هفته در مراکز مجاز در دسترس است. Medi-Cal هزینه اتاق و غذا را برای حضور در مرکز ارائه خدمات درمانی اقامتگاهی بحران پوشش نمی‌دهد.

خدمات ویژه درمان روزانه

- این یک برنامه ساختاریافته درمان سلامت روان است که برای گروهی از افرادی که ممکن است نیاز به بستری در بیمارستان یا مرکز مراقبت 24 ساعته دیگری داشته باشند ارائه می‌شود. این برنامه حداقل سه ساعت در روز طول می‌کشد. این برنامه شامل فعالیت‌ها و درمان‌های مهارت افزایی و همچنین روان درمانی است.



توانبخشی روزانه

- این یک برنامه ساختاریافته است که برای کمک به افراد مبتلا به مشکل روانشناختی طراحی شده است تا مهارت های مقابله و زندگی را بیاموزند و مهارت های زندگی را توسعه دهند و علائم مشکل روانشناختی را به طور مؤثرتری مدیریت کنند. این برنامه حداقل سه ساعت در روز طول می کشد. این برنامه شامل فعالیت ها و درمان های مهارت افزایی است.

خدمات بیمارستانی بستری روانپزشکی

- اینها خدماتی هستند که در یک بیمارستان روانپزشکی مجاز بر اساس تشخیص یک متخصص سلامت روان مجاز ارائه می شوند که فرد به درمان 24 ساعته سلامت روان ویژه نیاز دارد.

خدمات مراکز درمانی روانپزشکی

- این خدمات در یک مرکز درمانی روانپزشکی مجاز که دارای تخصص در درمان توانبخشی 24 ساعته مشکلات جدی سلامت روان است، ارائه می شود. مراکز درمانی روانپزشکی باید با یک بیمارستان یا کلینیک در همان نزدیکی قرارداد داشته باشند تا نیازهای مراقبت از سلامت جسمی افراد در مرکز را برآورده کنند. مراکز درمانی روانپزشکی فقط می توانند بیمارانی را بپذیرند و درمان کنند که هیچ بیماری یا آسیب جسمی ندارند که نیاز به درمان بیش از حد معمول به صورت سرپایی داشته باشد.

خدمات پشتیبانی همتایان (بر اساس شهرستان متفاوت است)

- ارائه خدمات پشتیبانی همتایان برای شهرستان ها اختیاری است
- خدمات پشتیبانی همتایان، خدمات فردی و گروهی با صلاحیت فرهنگی هستند که بهبود، تاب آوری، مشارکت، اجتماعی شدن، خودکفایی، دفاع از خود، توسعه حمایت های طبیعی و شناسایی نقاط قوت را از طریق فعالیت های ساختاریافته ارتقا می دهند. این خدمات را می توان به شما یا پشتیبان (های) مهم تعیین شده شما ارائه کرد و می تواند همزمان با دریافت سایر خدمات تخصصی سلامت روان دریافت شود. متخصص همتا فردی است که تجربه زیسته با مشکلات سلامت روان یا مصرف مواد داشته و در حال بهبودی است و الزامات برنامه صدور گواهینامه مورد تایید ایالت یک شهرستان را تکمیل کرده باشد، و توسط شهرستان ها تایید شده باشد، و این خدمات را تحت هدایت یک متخصص رفتار درمانی که در ایالت کالیفرنیا مجوز دریافت کرده، دارای معافیت بوده یا ثبت نام کرده باشد.



- خدمات پشتیبانی هم‌تایان شامل مربیگری فردی و گروهی، گروه‌های مهارت‌سازی آموزشی، هدایت منابع، خدمات مشارکتی برای تشویق شما به شرکت در درمان سلامت رفتاری و فعالیت‌های درمانی مانند ترویج دفاع از خود است.

خدمات بحران سیار (بسته به شهرستان متفاوت است)

- اگر با بحران سلامت روان و/یا مصرف مواد مواجه هستید ("بحران سلامت رفتاری")، خدمات بحران سیار در دسترس است. خدمات بحران سیار خدماتی است که توسط متخصصان درمان در مکانی که در آن بحران را تجربه می‌کنید، از جمله در خانه، محل کار، مدرسه یا هر مکان دیگری، به استثنای بیمارستان‌ها یا سایر محیط‌های درمانی، ارائه می‌شوند. خدمات بحران سیار 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته و 365 روز سال در دسترس است.
- خدمات بحران سیار شامل واکنش سریع، ارزیابی فردی و تثبیت مبتنی بر جامعه می‌گردد. اگر به مراقبت بیشتری نیاز دارید، ارائه دهندگان سیار نیز انتقال گرماگرم یا ارجاع به خدمات دیگر را تسهیل خواهند کرد.
- خدمات بحران از 1 ژانویه 2024 در دسترس است

آیا خدمات ویژه‌ای برای کودکان و/یا جوانان زیر 21 سال موجود است؟

ذینفعان زیر 21 سال واجد شرایط دریافت خدمات Medi-Cal اضافی از طریق مزایایی به نام غربالگری زود هنگام و دوره‌ای، تشخیصی و درمانی هستند.

جهت واجد شرایط بودن برای خدمات غربالگری زود هنگام و دوره‌ای، تشخیصی و درمانی، یک ذینفع باید زیر 21 سال سن داشته باشد و Medi-Cal کامل داشته باشد. غربالگری زود هنگام و دوره‌ای، تشخیصی و درمانی خدماتی را پوشش می‌دهد که برای اصلاح یا بهبود وضعیت سلامت رفتاری ضروری است. خدماتی که وضعیت سلامت رفتاری را حفظ و حمایت کرده، بهبود می‌بخشد یا قابل تحمل تر می‌کند، برای بهبود مشکل سلامت روان در نظر گرفته می‌شود و به نوبه خود از نظر پزشکی ضروری است و تحت عنوان خدمات غربالگری، تشخیصی و درمانی زود هنگام و دوره‌ای پوشش داده می‌شود.

اگر درباره خدمات غربالگری، تشخیصی و درمانی زود هنگام و دوره‌ای سؤالی دارید، لطفاً با 888-1055-875-916 or 881-4881 تماس بگیرید یا از [صفحه وب غربالگری، تشخیص و درمان زود هنگام و دوره‌ای DHCS](#) بازدید کنید.

خدمات زیر نیز از طریق طرح بیمه سلامت روان برای کودکان، نوجوانان و جوانان زیر 21 سال در دسترس است: خدمات رفتار درمانی، هماهنگی مراقبت‌های ویژه، خدمات ویژه در منزل، و خدمات مراقبتی در شبه خانواده.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

خدمات رفتار درمانی

خدمات رفتار درمانی مداخلات درمانی سریایی ویژه، فردی و کوتاه مدت برای ذینفعان تا سن 21 سالگی است. افرادی که این خدمات را دریافت می‌کنند، دارای اختلالات عاطفی جدی هستند، یک گذار استرس زا یا بحران زندگی را تجربه می‌کنند و به خدمات حمایتی ویژه کوتاه مدت اضافی نیاز دارند.

خدمات رفتار درمانی نوعی خدمات تخصصی سلامت روان است که در صورت داشتن مشکلات عاطفی جدی از طریق هر طرح بیمه سلامت روان در دسترس است. برای دریافت خدمات رفتار درمانی، باید خدمات سلامت روان دریافت کنید، زیر 21 سال سن داشته باشید و Medi-Cal کامل داشته باشید.

- اگر در خانه زندگی می‌کنید، یک کارمند خدمات رفتار درمانی می‌تواند برای کاهش مشکلات رفتاری شدید با شما همکاری کند و سعی کند شما را از رفتن به سطح بالاتر مراقبت، مانند خانه گروهی برای کودکان و جوانان زیر 21 سال با مشکلات عاطفی بسیار جدی باز دارد.
- اگر در یک خانه گروهی برای کودکان و جوانان زیر 21 سال با مشکلات عاطفی بسیار جدی زندگی می‌کنید، یک کارمند خدمات رفتار درمانی می‌تواند با شما همکاری کند تا بتوانید به یک محیط خانوادگی مانند خانه یا شبه خانه نقل مکان کنید.

خدمات رفتار درمانی به شما و خانواده، مراقب یا سرپرستان کمک می‌کند تا راه‌های جدیدی برای رفع رفتار مشکل ساز و راه‌های افزایش انواع رفتارهایی که به شما امکان موفقیت می‌دهد را بیاموزید. شما، کارمند خدمات رفتار درمانی و خانواده، مراقب یا قیم شما با هم به عنوان یک تیم برای رفع رفتارهای مشکل ساز برای مدت کوتاهی همکاری خواهید کرد تا زمانی که دیگر به خدمات رفتار درمانی نیاز نداشته باشید. شما یک طرح خدمات رفتار درمانی خواهید داشت که می‌گوید شما، خانواده، مراقب یا قیم شما، و کارمند خدمات رفتار درمانی در طول خدمات رفتار درمانی چه کاری انجام می‌دهید، و اینکه خدمات رفتار درمانی چه زمانی و در کجا انجام می‌شود. کارمند خدمات رفتار درمانی می‌تواند در بیشتر مکان‌هایی که احتمالاً برای رفتار مشکل دار خود به کمک نیاز دارید، با شما کار کند. این شامل خانه شما، شبه خانواده، خانه گروهی، مدرسه، برنامه درمانی روزانه و سایر مناطق در جامعه می‌شود.



هماهنگی مراقبت‌های ویژه

هماهنگی مراقبت‌های ویژه یک سرویس سامانبخشی هدفمند بیمار است که ارزیابی برنامه‌ریزی مراقبت و هماهنگی خدمات را برای ذینفعان زیر 21 سال که واجد شرایط کامل خدمات Medi-Cal هستند و برای این خدمات بر اساس ضرورت پزشکی ارجاع می‌شوند، تسهیل می‌کند.

خدمات هماهنگی مراقبت‌های ویژه از طریق اصول مدل عملکرد هسته یکپارچه ارائه می‌شود، از جمله ایجاد تیم کودک و خانواده برای اطمینان از تسهیل روابط همکاری بین کودک، خانواده او و سیستم‌های درگیر در خدمت به کودک.

تیم کودک و خانواده شامل حمایت‌های رسمی (مانند هماهنگ‌کننده مراقبت، ارائه‌دهندگان و مدیران پرونده از موسسات خدمات کودک)، حمایت‌های طبیعی (مانند اعضای خانواده، همسایگان، دوستان و روحانیون) و سایر افرادی است که با هم کار می‌کنند تا برنامه مددجو را توسعه داده و اجرا نموده و مسئولیت حمایت از کودکان و خانواده‌های آنها را در دستیابی به اهدافشان بر عهده دارند. هماهنگی مراقبت‌های ویژه همچنین یک مسئول هماهنگی مراقبت‌های ویژه دارد که:

- اطمینان حاصل می‌کند که خدمات ضروری پزشکی به شیوه‌ای مبتنی بر نقاط قوت، فردمحور، مشتری محور و از نظر فرهنگی و زبانی شایسته در دسترس قرار گرفته، هماهنگی و ارائه می‌شود.
- اطمینان حاصل می‌کند که خدمات و حمایت‌ها بر اساس نیازهای کودک هدایت می‌شوند.
- یک رابطه همکاری بین کودک، خانواده او و سیستم‌های درگیر در ارائه خدمات به آنها را ایجاد می‌کند.
- از والدین/مراقب در رفع نیازهای فرزندشان حمایت می‌کند.
- به ایجاد تیم کودک و خانواده کمک می‌کند و پشتیبانی مداوم ارائه می‌دهد.
- مراقبت را در بین ارائه دهندگان و سیستم‌های خدمات کودک سازماندهی و مطابقت می‌دهد تا به کودک امکان دریافت خدمات در جامعه خود را بدهد.

خدمات ویژه در منزل

خدمات ویژه در منزل، مداخلات فردی و مبتنی بر نقاط قوت است که برای بهبود آن دسته از مشکلات سلامت روان طراحی شده است که با عملکرد کودک/جوان تداخل دارد و هدف آن کمک به کودک/جوان در ایجاد مهارت‌های لازم برای عملکرد موفق در خانه و جامعه و ارتقای توانایی خانواده کودک/جوان برای کمک به عملکرد موفقیت آمیز کودک/جوان در خانه و جامعه است.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

خدمات ویژه در منزل تحت مدل عملکرد هسته یکپارچه توسط تیم کودک و خانواده در هماهنگی با طرح خدمات کلی خانواده ارائه می‌شود. خدمات ویژه در منزل به ذینفعان زیر 21 سال که واجد شرایط خدمات کامل Medi-Cal هستند و بر اساس ضرورت پزشکی برای این خدمات ارجاع داده می‌شوند، ارائه می‌شود.

مراقبت درمانی در شبه خانواده

مدل خدمات مراقبت درمانی در شبه خانواده، امکان ارائه خدمات سلامت روان تخصصی کوتاه مدت، ویژه، با اطلاع از آسیب روانشناختی و شخصی سازی شده را برای کودکان تا سن 21 سالگی که نیازهای عاطفی و رفتاری پیچیده‌ای دارند، فراهم می‌کند. در مراقبت درمانی در شبه خانواده، کودکان به شبه والدین آموزش دیده، تحت نظارت و تحت حمایت مراقبت‌های درمانی تحویل داده می‌شوند.

خدمات قابل دسترس از طریق تلفن یا درمان از راه دور

برای اینکه بتوانید خدمات سلامت روان را دریافت کنید، همیشه نیازی به تماس حضوری و رو در رو بین شما و ارائه دهنده شما نیست. بسته به خدمات خود، ممکن است بتوانید خدمات خود را از طریق تلفن یا درمان از راه دور دریافت کنید. ارائه دهنده شما باید در مورد استفاده از تلفن یا درمان از راه دور به شما توضیح دهد و قبل از شروع خدمات مطمئن شود که موافقت می‌کنید. حتی در صورت موافقت با دریافت خدمات خود از طریق تلفن یا درمان از راه دور، می‌توانید بعداً خدمات خود را به صورت حضوری یا رو در رو دریافت کنید. برخی از انواع خدمات سلامت روان را نمی‌توان تنها از طریق درمان از راه دور یا تلفن ارائه کرد، زیرا به شما نیاز دارند که در مکان خاصی برای این خدمات حضور داشته باشید، مانند خدمات درمانی اقامتگاهی یا خدمات بیمارستانی.



تعیین مزایای نامطلوب توسط طرح بیمه سلامت روان شما

اگر طرح بیمه سلامت روان خدماتی را که می‌خواهم یا فکر می‌کنم به آن نیاز دارم را رد کند، چه حقوقی دارم؟

اگر طرح بیمه سلامت روان شما، یا ارائه‌دهنده‌ای به نمایندگی از طرح بیمه سلامت روان، خدماتی را که می‌خواهید یا فکر می‌کنید باید دریافت کنید رد یا محدود کند، کاهش دهد، به تأخیر بیاورد یا خاتمه دهد، حق دریافت یک اعلامیه کتبی (به نام «اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب») از طرح بیمه سلامت روان را دارید. شما همچنین حق دارید با درخواست تجدید نظر، با آن تصمیم مخالفت کنید. بخش‌های زیر به حق شما برای دریافت اعلامیه و اینکه در صورت مخالفت با تصمیم طرح بیمه سلامت روان خود چه باید بکنید، می‌پردازد.

تعیین مزایای نامطلوب چیست؟

تعیین مزایای نامطلوب به هر یک از اقدامات زیر که توسط یک طرح بیمه سلامت روان انجام گردد گفته می‌شود:

1. رد یا محدودیت در اجازه خدمات درخواستی، از جمله تعیین بر اساس نوع یا سطح خدمات، ضرورت پزشکی، مناسب بودن، محیط ارائه یا اثربخشی یک مزیت تحت پوشش؛
2. کاهش، تعلیق یا خاتمه خدمتی که قبلاً اجازه آن داده شده بود؛
3. رد کلی یا جزئی پرداخت برای یک خدمت؛
4. عدم ارائه به موقع خدمات؛
5. عدم اقدام در بازه‌های زمانی تعیین شده برای حل شکایات و درخواستهای تجدیدنظر به طور استاندارد (اگر شکایتی را به طرح بیمه سلامت روان ارسال کنید و طرح بیمه سلامت روان ظرف 90 روز به شکایت شما با یک رای کتبی پاسخ ندهد. اگر به طرح بیمه سلامت روان درخواست تجدید نظر بدهید و طرح بیمه سلامت روان ظرف 30 روز به درخواست تجدیدنظر شما رای کتبی ندهد، یا اگر درخواست تجدیدنظر فوری کرده باشید و ظرف 72 ساعت پاسخی دریافت نکرده باشید)؛ یا
6. رد درخواست ذینفع برای اعتراض به مسئولیت مالی.



اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب چیست؟

اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب نامه‌ای کتبی است که طرح بیمه سلامت روان شما در صورتی برای شما ارسال می‌کند که تصمیمی مبنی بر رد، محدود کردن، کاهش، به تاخیر انداختن یا خاتمه دادن خدماتی که شما و ارائه دهنده شما معتقدید باید دریافت کنید، می‌گیرد. این اعلامیه شامل رد کردن پرداخت برای یک خدمت، رد کردن بر اساس ادعای عدم پوشش خدمات، رد کردن بر اساس این ادعا که خدمات از نظر پزشکی ضروری نیستند، رد کردن مبنی بر اینکه سیستم ارائه آن خدمت اشتباه است، یا رد درخواست اعتراض به مسئولیت مالی می‌گردد. اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب همچنین برای اطلاع‌رسانی به شما در صورتی که شکایت، درخواست تجدیدنظر یا تجدیدنظر فوری شما به موقع حل نشده باشد یا در صورتی که خدماتی را در چارچوب استانداردهای جدول زمانی طرح بیمه سلامت روان برای ارائه خدمات دریافت نکرده باشید استفاده می‌شود.

زمانبندی اعلامیه

طرح بیمه سلامت روان باید حداقل 10 روز قبل از تاریخ اقدام برای خاتمه، تعلیق یا کاهش خدمات تخصصی سلامت روان که قبلاً مجاز بوده است، اعلامیه را برای ذینفع پست کند. طرح بیمه سلامت روان همچنین باید ظرف دو روز کاری پس از تصمیم‌گیری برای رد کردن پرداخت یا تصمیماتی که منجر به رد، تأخیر یا تغییر تمام یا بخشی از خدمات تخصصی سلامت روان درخواستی می‌شود، اعلامیه را به ذینفع ارسال کند.

آیا هرگاه قرار باشد خدماتی را که خواهان آن هستیم، دریافت نکنم، اعلامیه‌ای مبنی بر تعیین مزایای نامطلوب دریافت می‌کنم؟

بله، شما باید اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب دریافت کنید. با این حال، اگر اعلامیه دریافت نکردید، می‌توانید به طرح بیمه سلامت روان شهرستان درخواست تجدیدنظر بدهید یا اگر فرآیند تجدیدنظر را تکمیل کرده‌اید، می‌توانید درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید. هنگامی که با شهرستان خود تماس برقرار می‌کنید، اشاره کنید که شما یک مورد تعیین مزایای نامطلوب را تجربه کرده‌اید اما اعلامیه دریافت نکرده‌اید. اطلاعات مربوط به نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر یا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی در این کتابچه راهنما گنجانده شده است. این اطلاعات باید در دفتر ارائه دهنده شما نیز موجود باشد.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب به من چه خواهد گفت؟

اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب به شما می‌گوید:

- طرح بیمه سلامت روان شما چه کاری انجام داد که بر شما و امکان دریافت خدمات تأثیر می‌گذارد
- تاریخ اجرایی شدن تصمیم و دلیل تصمیم
- قوانین ایالتی یا فدرال که مبنای این تصمیم بود
- حق شما برای درخواست تجدیدنظر در صورتی که با تصمیم طرح بیمه سلامت روان موافق نباشید
- نحوه دریافت کپی از مدارک، سوابق و سایر اطلاعات مربوط به تصمیم طرح بیمه سلامت روان
- نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر در طرح بیمه سلامت روان
- نحوه درخواست دادرسی عادلانه ایالتی در صورتی که از تصمیم طرح بیمه سلامت روان در مورد درخواست تجدیدنظر خود راضی نباشید
- نحوه درخواست تجدیدنظر فوری یا دادرسی عادلانه فوری ایالتی
- نحوه دریافت کمک برای درخواست تجدیدنظر یا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی
- چه مدت برای درخواست تجدیدنظر یا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی فرصت دارید
- حق شما برای ادامه دریافت خدمات در زمانی که منتظر تجدیدنظر یا تصمیم دادرسی عادلانه ایالتی هستید، نحوه درخواست تداوم این خدمات و اینکه آیا هزینه‌های این خدمات توسط Medi-Cal پوشش داده می‌شود
- زمانی که باید درخواست تجدیدنظر یا دادرسی عادلانه ایالتی خود را ارسال کنید، در صورتی که بخواهید خدمات ادامه یابد

هنگام دریافت اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب چه باید بکنم؟

هنگامی که اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب دریافت می‌کنید، باید تمام اطلاعات مندرج در اعلامیه را به دقت بخوانید. اگر اعلامیه را متوجه نشدید، طرح بیمه سلامت روان شما می‌تواند به شما کمک کند. همچنین می‌توانید از شخص دیگری بخواهید که به شما کمک کند.

هنگام ارائه درخواست تجدیدنظر یا درخواست برای دادرسی عادلانه ایالتی، می‌توانید تداوم خدماتی را که متوقف شده است، درخواست کنید. شما باید حداکثر 10 روز تقویمی پس از تاریخی که اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب مهر پست خورده است یا شخصاً به شما داده شده است، یا قبل از تاریخ لازم الاجرا شدن تغییر، تداوم خدمات را درخواست کنید.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

فرآیند حل مشکل: نحوه ثبت شکایت یا تجدید نظر

اگر خدماتی را که خواهان آن هستیم از طرح بیمه سلامت روانم دریافت نکنم چه می‌شود؟

طرح بیمه سلامت روان شما باید فرآیندی داشته باشد تا بتوانید شکایت یا مشکل مربوط به هر موضوع مرتبط با خدمات تخصصی سلامت روان که خواهان آن هستید یا دریافت می‌کنید را حل کنید. این فرآیند حل مشکل نامیده می‌شود و می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

1. **فرآیند شکایت:** بیان نارضایتی از هر موردی مربوط به خدمات تخصصی سلامت روان شما یا طرح بیمه سلامت روان.
2. **فرآیند تجدیدنظر:** بازنگری تصمیمی (به عنوان مثال رد کردن، خاتمه یا کاهش خدمات) که در مورد خدمات تخصصی سلامت روان شما توسط طرح بیمه سلامت روان یا ارائه دهنده شما گرفته شده است.
3. **فرآیند دادرسی عادلانه ایالتی:** فرآیند درخواست دادرسی اداری به قاضی قانون اداری ایالتی در صورتی که طرح بیمه سلامت روان درخواست تجدیدنظر شما را رد کند.

تسلیم شکایت، تجدیدنظر یا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی عملی منفی علیه شما حساب نمی‌شود و بر خدماتی که دریافت می‌کنید تأثیری نخواهد داشت. ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر به شما کمک می‌کند تا خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنید و مشکلاتی را که با خدمات تخصصی سلامت روان دارید حل کنید. شکایات و درخواست‌های تجدید نظر همچنین با دادن اطلاعاتی که طرح بیمه سلامت روان می‌تواند برای بهبود خدمات خود استفاده کند، به طرح کمک می‌کنند. هنگامی که شکایت یا درخواست تجدیدنظر شما کامل شد، طرح بیمه سلامت روان شما و سایرین درگیر، مانند ارائه دهندگان، را از نتیجه نهایی مطلع می‌کند. هنگامی که جلسه دادرسی عادلانه ایالتی شما تصمیم‌گیری می‌شود، دفتر دادرسی عادلانه ایالتی شما و سایر افراد درگیر را از نتیجه نهایی مطلع می‌کند. در زیر می‌توانید درباره فرآیند حل هر مشکل بیشتر بدانید.

آیا می‌توانم برای ارائه درخواست تجدید نظر، شکایت یا دادرسی عادلانه ایالتی کمک بگیرم؟

طرح بیمه سلامت روان شما به توضیح این فرآیندها برای شما کمک می‌کند و باید به شما کمک کند شکایت، درخواست تجدیدنظر یا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی ارائه دهید. طرح بیمه سلامت روان همچنین می‌تواند به شما کمک کند تصمیم بگیرید که آیا واجد شرایط فرآیند «تجدیدنظر فوری» هستید یا خیر، به این معنی که سریع‌تر بررسی می‌شود زیرا



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

سلامت، سلامت روان و/یا ثبات شما در خطر است. همچنین می‌توانید به شخص دیگری اجازه دهید تا از جانب شما اقدام کند، از جمله ارائه‌دهنده سلامت روان تخصصی یا وکیل شما.

اگر کمک می‌خواهید، با 916-875-6069 or 888-881-4881 تماس بگیرید. طرح بیمه سلامت روان شما باید در تکمیل فرم‌ها و سایر مراحل رویه‌ای مربوط به شکایت یا تجدیدنظر به شما کمک کند. این شامل، اما نه محدود به، ارائه خدمات مترجم شفاهی و شماره تلفن رایگان با قابلیت 711 California Relay و مترجم شفاهی است.

آیا ایالت می‌تواند به من در حل مشکل/سوالات من کمک کند؟

میتوانید از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر (به استثنای روزهای تعطیل)، از طریق تلفن 452-8609-888، یا از طریق پست الکترونیکی MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov، با سازمان خدمات بهداشت و درمان، دفتر Ombudsman تماس بگیرید. **لطفا توجه داشته باشید:** پیام‌های ایمیل محرمانه تلقی نمی‌شوند. شما نباید اطلاعات شخصی را در ایمیل وارد کنید.

همچنین می‌توانید در دفتر کمک حقوقی محلی خود یا سایر گروه‌ها، کمک حقوقی رایگان دریافت کنید. همچنین می‌توانید با بخش خدمات اجتماعی کالیفرنیا (CDSS) تماس بگیرید تا از طریق تماس با واحد پرسش و پاسخ عمومی از طریق تلفن 800-952-5253 (برای TTY، با 800-952-8349 تماس بگیرید) در مورد حقوق دادرسی خود سؤال کنید.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.sacounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

فرآیند شکایت

شکایت چیست؟

شکایت عبارت است از بیان نارضایتی از هر موردی مربوط به خدمات تخصصی سلامت روان شما که یکی از مشکلات تحت پوشش فرآیندهای تجدیدنظر و دادرسی عادلانه ایالتی نباشد.

فرآیند شکایت چیست؟

فرآیند شکایت:

- شامل روش‌های ساده و با درک راحتی است که به شما امکان می‌دهد شکایت خود را به صورت شفاهی یا کتبی ارائه دهید.
- به هیچ وجه عملی منفی برای شما یا ارائه‌دهنده شما حساب نمی‌شود.
- به شما امکان می‌دهد به شخص دیگری اجازه دهید از طرف شما اقدام کند از جمله ارائه‌دهنده یا وکیل. اگر به شخص دیگری اجازه دهید تا از طرف شما اقدام کند، طرح بیمه سلامت روان ممکن است از شما بخواهد که فرمی را امضا کنید که به طرح بیمه سلامت روان اجازه می‌دهد اطلاعات را در اختیار آن شخص قرار دهد.
- اطمینان حاصل می‌کند که افرادی که تصمیم می‌گیرند واجد شرایط انجام این کار هستند و در هیچ‌یک از سطوح قبلی بررسی یا تصمیم‌گیری شرکت نداشته‌اند.
- نقش‌ها و مسئولیت‌های شما، طرح بیمه سلامت روان و ارائه‌دهنده شما را مشخص می‌کند.
- برای شکایت در بازه‌های زمانی تعیین شده راه حل ارائه می‌کند.

چه زمانی می‌توانم شکایت کنم؟

اگر از خدمات تخصصی سلامت روان ناراضی هستید یا نگرانی دیگری در مورد طرح بیمه سلامت روان دارید، می‌توانید در هر زمان به طرح بیمه سلامت روان شکایت کنید.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

چگونه می‌توانم شکایت کنم؟

می‌توانید با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید تا در مورد شکایت کمک بگیرید. شکایات را می‌توان به صورت شفاهی یا کتبی مطرح کرد. شکایات شفاهی نیازی به پیگیری کتبی ندارند. اگر می‌خواهید شکایت خود را به صورت کتبی ثبت کنید، طرح بیمه سلامت روان پاکت‌های دارای آدرس خود را در تمام مراکز ارائه‌دهنده فراهم نموده است تا شکایت خود را پست کنید. اگر پاکت نامه دارای آدرس ندارید، می‌توانید شکایت خود را مستقیماً به آدرسی که در ابتدای این کتابچه راهنمای ارائه شده است، پست کنید.

چگونه بفهمم که طرح بیمه سلامت روان شکایت من را دریافت کرده است؟

طرح بیمه سلامت روان شما باید با ارسال تأییدیه کتبی ظرف 5 روز تقویمی پس از دریافت، به شما اطلاع دهد که شکایت شما را دریافت کرده است. شکایتی که از طریق تلفن یا حضوری دریافت می‌شود و موافقت می‌کنید تا پایان روز کاری بعد رفع شود، معاف است و نامه‌ای بابت آن دریافت نمی‌کنید.

چه زمانی در مورد شکایت من تصمیم‌گیری می‌شود؟

طرح بیمه سلامت روان باید ظرف 90 روز تقویمی از تاریخی که شکایت خود را ثبت کرده‌اید، درباره شکایت شما تصمیم‌گیری کند. در صورت درخواست تمدید از سوی شما، یا در صورتی که طرح بیمه سلامت روان به این نتیجه برسد که نیاز به اطلاعات اضافی وجود دارد و تأخیر به نفع شماست، بازه‌های زمانی تصمیم‌گیری ممکن است تا 14 روز تقویمی تمدید شود. یک مثال از زمانی که تأخیر ممکن است به نفع شما باشد، زمانی است که طرح بیمه سلامت روان معتقد است اگر زمان بیشتری برای دریافت اطلاعات از شما یا سایر افراد درگیر داشته باشد، ممکن است بتواند شکایت شما را حل کند.

چگونه بفهمم که آیا طرح بیمه سلامت روان درباره شکایت من تصمیم گرفته است یا خیر؟

هنگامی که تصمیمی در مورد شکایت شما گرفته شد، طرح بیمه سلامت روان، شما یا نماینده شما را کتباً از تصمیم مطلع می‌کند. اگر طرح بیمه سلامت روان شما به موقع شما یا هر یک از طرف‌های آسیب‌دیده را از تصمیم شکایت مطلع نکند، طرح بیمه سلامت روان موظف است یک اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب در اختیار شما قرار دهد که به شما در مورد حق شما برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتی اطلاع‌رسانی می‌کند. طرح بیمه سلامت روان شما ملزم است تا در تاریخ



انقضای بازه زمانی، اطلاعیه تعیین مزایای نامطلوب را به شما ارائه دهد. اگر اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب را دریافت نکردید، می‌توانید برای اطلاعات بیشتر با طرح بیمه سلامت روان تماس بگیرید.

آیا مهلتی برای ثبت شکایت وجود دارد؟

خیر، شما می‌توانید در هر زمانی شکایت خود را مطرح کنید.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

فرآیند تجدیدنظر (استاندارد و فوری)

طرح بیمه سلامت روان شما باید به شما اجازه دهد تا تصمیمی را که توسط طرح بیمه سلامت روان شما اتخاذ شده و با آن موافق نیستید را به چالش بکشید و درخواست بازنگری آن تصمیماتی که توسط طرح بیمه سلامت روان یا ارائه دهندگان شما در مورد خدمات تخصصی سلامت روان شما گرفته شده است را بخواهید. دو راه برای درخواست بررسی وجود دارد. یکی از راهها استفاده از فرآیند تجدیدنظر استاندارد است. راه دیگر استفاده از فرآیند تجدیدنظر فوری است. این دو نوع تجدیدنظر مشابه هستند. با این حال، شرایط خاصی برای واجد شرایط بودن برای درخواست تجدیدنظر فوری وجود دارد. الزامات خاص در زیر توضیح داده شده است.

تجدیدنظر استاندارد چیست؟

درخواست تجدیدنظر استاندارد، درخواستی برای بازنگری تصمیمی است که توسط طرح بیمه سلامت روان یا ارائه‌دهنده شما گرفته شده است که شامل رد یا اعمال تغییرات در خدماتی است که فکر می‌کنید به آن نیاز دارید. اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد کنید، بازنگری توسط طرح بیمه سلامت روان ممکن است تا 30 روز طول بکشد. اگر فکر می‌کنید 30 روز انتظار سلامتی شما را به خطر می‌اندازد، باید درخواست «تجدیدنظر فوری» کنید.

فرآیند استاندارد تجدیدنظر:

- به شما این امکان را می‌دهد که به صورت شفاهی یا کتبی درخواست تجدیدنظر کنید.
- اطمینان حاصل می‌کند که درخواست تجدیدنظر به هیچ وجه عملی منفی علیه شما یا ارائه‌دهنده شما نباشد.
- به شما این امکان را می‌دهد که به شخص دیگری از جمله ارائه‌دهنده اجازه دهید تا از طرف شما اقدام کند. اگر به شخص دیگری اجازه دهید تا از طرف شما اقدام کند، طرح بیمه سلامت روان ممکن است از شما بخواهد که فرمی را امضا کنید که به طرح بیمه سلامت روان اجازه می‌دهد اطلاعات را در اختیار آن شخص قرار دهد.
- در صورت درخواست تجدیدنظر در بازه زمانی تعیین شده، که 10 روز از تاریخی است که اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب پست شده یا شخصاً به شما داده شده است، تداوم مزایای شما را میسر می‌سازد. تا زمانی که درخواست تجدیدنظر در حال بررسی است، مجبور نیستید برای تداوم خدمات هزینه پرداخت کنید. با این حال، اگر درخواست تداوم مزایا را کرده باشید، و تصمیم نهایی درخواست تجدیدنظر، تصمیم به کاهش یا خاتمه خدماتی که دریافت می‌کنید باشد، ممکن است از شما خواسته شود که هزینه خدمات ارائه‌شده در زمانی که درخواست تجدیدنظر در جریان بوده را بپردازید.
- اطمینان حاصل می‌کند که افرادی که راجع به درخواست تجدیدنظر شما تصمیم می‌گیرند واجد شرایط انجام این کار هستند و در هیچ‌یک از سطوح قبلی بررسی یا تصمیم‌گیری شرکت نداشته‌اند.



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

- به شما یا نماینده تان اجازه می‌دهد پرونده شما، از جمله سوابق پزشکی شما، و سایر اسناد یا سوابق در نظر گرفته شده در طول فرآیند تجدیدنظر را بررسی کند.
- به شما اجازه می‌دهد تا فرصت معقولی برای ارائه شواهد و شهادت و استدلال قانونی و بر مبنای حقایق، به صورت حضوری یا کتبی داشته باشید.
- به شما، نماینده شما یا وکیل قانونی دارایی یک ذینفع متوفی اجازه می‌دهد که به عنوان طرفین تجدیدنظر در نظر گرفته شوید.
- با ارسال تأییدیه کتبی به شما اطلاع می‌دهد که درخواست تجدیدنظر شما در حال بررسی است.
- پس از تکمیل فرآیند تجدیدنظر با طرح بیمه سلامت روان، حق شما را برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتی به شما اطلاع می‌دهد.

چه زمانی می‌توانم درخواست تجدید نظر کنم؟

در هر یک از شرایط زیر می‌توانید به طرح بیمه سلامت روان خود درخواست تجدیدنظر کنید:

- طرح بیمه سلامت روان یا یکی از ارائه دهندگان قرارداد تصمیم بگیرد که شما واجد شرایط دریافت خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal نیستید زیرا معیارهای دسترسی را ندارید.
- ارائه‌دهنده شما باور داشته باشد که شما به خدمات تخصصی سلامت روان نیاز دارید و از طرح بیمه سلامت روان درخواست تأیید کند، اما طرح بیمه سلامت روان موافقت نکند و درخواست ارائه‌دهنده شما را رد کند، یا نوع یا دفعات خدمات را تغییر دهد.
- ارائه‌دهنده شما از طرح بیمه سلامت روان درخواست تأیید کرده باشد، اما طرح بیمه سلامت روان به اطلاعات بیشتری برای تصمیم‌گیری نیاز داشته باشد و فرآیند تأیید را به موقع کامل نکند.
- طرح بیمه سلامت روان شما بر اساس جدول زمانی که طرح بیمه سلامت روان تنظیم کرده است به شما خدمات ارائه ندهد.
- شما باور داشته باشید که طرح بیمه سلامت روان به این زودی‌ها خدماتی را برای رفع نیازهای شما ارائه نخواهد داد.
- شکایت، درخواست تجدیدنظر یا تجدیدنظر فوری شما به موقع حل نشود.
- شما و ارائه‌دهنده تان در مورد خدمات تخصصی سلامت روانی که نیاز دارید به توافق نرسید.



چگونه می‌توانم درخواست تجدید نظر کنم؟

می‌توانید با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید تا برای تکمیل درخواست تجدیدنظر کمک دریافت کنید. طرح بیمه سلامت روان پاکت‌های دارای آدرس خود را در تمام مراکز ارائه‌دهنده فراهم نموده است تا درخواست تجدیدنظر خود را پست کنید. اگر پاکت نامه دارای آدرس ندارید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر خود را مستقیماً به آدرسی که در ابتدای این کتابچه راهنما ارائه شده است پست کنید یا می‌توانید درخواست تجدیدنظر خود را از طریق ایمیل یا فکس به DHSMemberServices@sacounty.gov یا 0877-875-916 ارسال کنید.

چگونه می‌توانم بفهمم که درخواست تجدید نظر من به نتیجه رسیده است؟

طرح بیمه سلامت روان شما به صورت کتبی به شما یا نماینده تان در مورد تصمیم آنها برای درخواست تجدیدنظر شما اطلاع خواهد داد. این اعلامیه دارای اطلاعات زیر خواهد بود:

- نتایج فرآیند حل و فصل تجدید نظر
- تاریخی که تصمیم تجدیدنظر گرفته شد
- اگر درخواست تجدیدنظر به طور کامل به نفع شما حل و فصل نشود، اعلامیه همچنین حاوی اطلاعاتی در مورد حق شما برای دادرسی عادلانه ایالتی و مراحل درخواست دادرسی عادلانه ایالتی خواهد بود.

آیا مهلتی برای درخواست تجدید نظر وجود دارد؟

شما باید ظرف 60 روز از تاریخ اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب درخواست تجدید نظر کنید. زمانی که اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب دریافت نمی‌کنید، هیچ مهلتی برای ثبت درخواست تجدیدنظر وجود ندارد، بنابراین می‌توانید این نوع درخواست تجدید نظر را در هر زمانی ارائه دهید.

چه زمانی درباره درخواست تجدیدنظر من تصمیم گرفته خواهد شد؟

طرح بیمه سلامت روان باید ظرف 30 روز تقویمی از زمانی که طرح بیمه سلامت روان درخواست شما را برای تجدید نظر دریافت می‌کند، در مورد درخواست تجدید نظر شما تصمیم‌گیری کند. در صورت درخواست تمدید، یا در صورتی که طرح بیمه سلامت روان معتقد باشد که نیاز به اطلاعات اضافی وجود دارد و این تأخیر به نفع شماست، بازه‌های زمانی تصمیم



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.sacounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

گیری ممکن است تا 14 روز تقویمی تمدید شود. نمونه‌ای از زمانی که تاخیر به نفع شماست، زمانی است که طرح بیمه سلامت روان به این نتیجه برسد که اگر زمان بیشتری برای دریافت اطلاعات از شما یا ارائه دهنده شما داشته باشد، ممکن است بتواند درخواست تجدیدنظر شما را تایید کند.

اگر نتوانم 30 روز برای تصمیم تجدیدنظر خود منتظر بمانم چه؟

اگر درخواست تجدیدنظر واجد شرایط فرآیند تجدیدنظر فوری باشد، ممکن است فرآیند تجدیدنظر سریعتر گردد.

تجدیدنظر فوری چیست؟

درخواست تجدیدنظر فوری راه فوری تری برای تصمیم‌گیری در مورد درخواست تجدیدنظر است. فرآیند فوری درخواست تجدیدنظر از فرآیندی مشابه فرآیند تجدیدنظر استاندارد پیروی می‌کند. با این حال، باید نشان دهید که انتظار برای درخواست تجدیدنظر استاندارد می‌تواند مشکل سلامت روان شما را بدتر کند. فرآیند تجدیدنظر فوری مهلت‌های متفاوتی نسبت به تجدیدنظر استاندارد دارد. طرح بیمه سلامت روان 72 ساعت فرصت دارد تا درخواست‌های فوری را بررسی کند. می‌توانید درخواست شفاهی برای درخواست تجدیدنظر فوری ارائه دهید. شما مجبور نیستید درخواست تجدیدنظر فوری خود را به صورت کتبی ارسال کنید.

چه زمانی می‌توانم درخواست تجدیدنظر فوری ارائه کنم؟

اگر فکر می‌کنید که انتظار حداکثر 30 روز برای یک تصمیم تجدیدنظر استاندارد، زندگی، سلامت یا توانایی شما را برای دستیابی، حفظ یا بازیابی حداکثر عملکرد به خطر می‌اندازد، می‌توانید درخواست رسیدگی فوری به درخواست تجدیدنظر خود کنید. اگر طرح بیمه سلامت روان موافقت کند که درخواست تجدیدنظر شما شرایط درخواست تجدیدنظر فوری را دارد، طرح بیمه سلامت روان شما ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر توسط طرح بیمه سلامت روان، به درخواست تجدیدنظر فوری شما رسیدگی خواهد کرد. در صورت درخواست تمدید از سوی شما، یا در صورتی که طرح بیمه سلامت روان نشان دهد که نیاز به اطلاعات اضافی وجود دارد و تأخیر به نفع شماست، بازه‌های زمانی تصمیم‌گیری ممکن است تا 14 روز تقویمی تمدید شود.

اگر طرح بیمه سلامت روان شما بازه‌های زمانی را تمدید کند، طرح بیمه سلامت روان توضیحی کتبی در مورد علت تمدید بازه‌های زمانی به شما می‌دهد. اگر طرح بیمه سلامت روان تصمیم بگیرد که درخواست تجدیدنظر شما واجد شرایط



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

درخواست تجدیدنظر فوری نیست، طرح بیمه سلامت روان باید تلاش‌های معقولی را انجام دهد تا به شما اخطار شفاهی فوری بدهد و طی دو روز تقویمی به شما اطلاع خواهد داد و دلیل تصمیم را به شما اعلام خواهد کرد. سپس درخواست تجدیدنظر شما از چارچوب‌های زمانی استاندارد تجدیدنظر که قبلاً در این بخش ذکر شد، پیروی می‌کند. اگر با تصمیم طرح بیمه سلامت روان موافق نیستید که درخواست تجدیدنظر شما با معیارهای تجدیدنظر فوری مطابقت ندارد، می‌توانید شکایت کنید.

هنگامی که طرح بیمه سلامت روان شما درخواست شما را برای درخواست تجدیدنظر فوری رفع کرد، طرح بیمه سلامت روان به شما و همه طرف‌های آسیب دیده به صورت شفاهی و کتبی اطلاع خواهد داد.



فرآیند دادرسی عادلانه ایالتی

دادرسی عادلانه ایالتی چیست؟

دادرسی عادلانه ایالتی یک بررسی مستقل است که توسط یک قاضی حقوق اداری که برای سازمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا کار می‌کند، انجام می‌شود تا اطمینان حاصل شود که شما خدمات تخصصی سلامت روانی را که تحت برنامه Medi-Cal حق دریافت آن را دارید، دریافت می‌کنید. برای منابع بیشتر به سازمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا به نشانی <https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests> مراجعه کنید.

حقوق دادرسی منصفانه ایالتی من چیست؟

شما حق دارید که:

- جلسه دادرسی نزد قاضی حقوق اداری برگزار شود (که به آن دادرسی ایالتی نیز گفته می‌شود)
- درباره نحوه درخواست دادرسی عادلانه ایالتی به شما گفته شود
- در مورد قوانین حاکم بر وکالت در جلسه دادرسی ایالتی به شما گفته شود
- در صورت درخواست شما برای دادرسی عادلانه ایالتی در بازه‌های زمانی تعیین شده، در صورت درخواست شما مزایای شما در طول فرآیند دادرسی عادلانه ایالتی تداوم یابد.

چه زمانی می‌توانم برای دادرسی عادلانه ایالتی اقدام کنم؟

شما می‌توانید در هر یک از شرایط زیر درخواست دادرسی عادلانه ایالتی بدهید:

- شما درخواست تجدیدنظر داده باشید و نامه حل و فصل تجدید نظر دریافت کرده باشید که در آن ذکر شده باشد که طرح بیمه سلامت روان شما درخواست تجدید نظر شما را رد کرده است.
- شکایت، درخواست تجدیدنظر یا تجدیدنظر فوری شما به موقع حل نشود.

چگونه می‌توانم درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنم؟

شما به صورتهای زیر می‌توانید درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید:



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

- <https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do> آنلاین به نشانی:
- به صورت نوشتاری: درخواست خود را به اداره رفاه شهرستان به آدرس نشان داده شده در اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب ارسال کنید یا به آدرس زیر پست کنید:

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

یا از طریق فکس به: 916-651-5210 یا 916-651-2789.

شما همچنین می‌توانید درخواست دادرسی عادلانه ایالتی یا دادرسی فوری عادلانه ایالتی کنید:

- از طریق تلفن: با شماره های رایگان 800-743-8525 یا 855-795-0634 با بخش دادرسی ایالتی تماس بگیرید، یا با خط درخواست و پاسخگویی دولت به شماره رایگان 800-952-5253 یا TDD به شماره 800-952-834 تماس بگیرید.

آیا مهلتی برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتی وجود دارد؟

بله، شما فقط 120 روز فرصت دارید تا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی نمایید. این 120 روز از تاریخ اعلامیه تصمیم تجدیدنظر کتبی طرح بیمه سلامت روان شروع می‌شود.

اگر اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب دریافت نکردید، می‌توانید در هر زمانی درخواست دادرسی عادلانه ایالتی بدهید.

آیا می‌توانم در حالی که منتظر تصمیم دادرسی عادلانه ایالتی هستم به خدمات تداوم بدهم؟

اگر در حال حاضر خدمات مجاز دریافت می‌کنید و می‌خواهید تا زمانی که منتظر تصمیم دادرسی عادلانه ایالتی هستید، خدمات تداوم داشته باشد، باید ظرف 10 روز از تاریخ دریافت اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب یا قبل از تاریخی که طرح



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

بیمه سلامت روان شما می گوید خدمات متوقف یا کاهش می یابد، درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید. وقتی درخواست دادرسی عادلانه ایالتی می کنید، باید بگویید که می خواهید در طول فرآیند دادرسی عادلانه ایالتی خدمات دریافت کنید.

اگر درخواست تداوم خدمات کرده باشید و تصمیم نهایی جلسه دادرسی عادلانه ایالتی تصمیم به کاهش یا خاتمه خدماتی که دریافت می کنید باشد، ممکن است از شما خواسته شود که هزینه خدمات ارائه شده در زمانی که جلسه دادرسی عادلانه ایالتی در جریان بوده را بپردازید.

چه زمانی درباره تصمیم دادرسی عادلانه ایالتی من تصمیم گرفته خواهد شد؟

پس از درخواست دادرسی عادلانه ایالتی، تصمیم گیری در مورد پرونده شما و ارسال پاسخ به شما ممکن است 90 روز طول بکشد.

آیا امکان تسریع دادرسی عادلانه ایالتی وجود دارد؟

اگر فکر می کنید که انتظار طولانی مدت برای سلامتی شما مضر است، ممکن است بتوانید در عرض سه روز کاری پاسخ دریافت کنید. از پزشک عمومی یا متخصص سلامت روان خود بخواهید نامه ای برای شما بنویسد. خود شما نیز می توانید یک نامه بنویسید. این نامه باید با جزئیات توضیح دهد که چگونه انتظار تا 90 روز برای تصمیم گیری پرونده شما به زندگی، سلامتی یا توانایی شما برای دستیابی، حفظ یا بازیابی حداکثر عملکرد شما آسیب جدی وارد می کند. سپس، حتما درخواست "دادرسی سریع" کنید و نامه را با درخواست خود برای دادرسی ارائه دهید.

واحد دادرسی ایالتی سازمان خدمات اجتماعی، درخواست شما را برای دادرسی فوری عادلانه ایالتی بررسی خواهد کرد و تصمیم خواهد گرفت که آیا واجد شرایط آن هست یا خیر. اگر درخواست دادرسی فوری شما تأیید شود، جلسه دادرسی برگزار می شود و تصمیم دادرسی ظرف سه روز کاری از تاریخ دریافت درخواست شما توسط واحد دادرسی ایالتی صادر می شود.



دستورالعمل قبلی

دستورالعمل قبلی چیست؟

شما حق دارید یک دستورالعمل قبلی داشته باشید. یک دستورالعمل قبلی دستورالعملی کتبی در مورد مراقبت‌های درمانی شماست که تحت قانون کالیفرنیا به رسمیت شناخته شده است. این دستورالعمل شامل اطلاعاتی است که بیان می‌کند که چگونه می‌خواهید خدمات بهداشت و درمان به شما ارائه شود یا می‌گوید چه تصمیم‌هایی می‌خواهید گرفته شود، و زمانی که یا در صورتی که نمی‌توانید از جانب خودتان صحبت کنید را بیان می‌کند. ممکن است گاهی اوقات بشنوید که به دستورالعمل قبلی، وصیت نامه زنده یا وکالت نامه متداوم گفته می‌شود.

قانون کالیفرنیا یک دستورالعمل قبلی را به عنوان یک دستورالعمل شفاهی یا کتبی مراقبت‌های درمانی فردی یا یک وکالتنامه (سند کتبی که به کسی اجازه می‌دهد برای شما تصمیم بگیرد) تعریف می‌کند. همه برنامه‌های سلامت روان ملزم به داشتن سیاست‌های دستورالعمل قبلی هستند. در صورت درخواست اطلاعات شما، طرح بیمه سلامت روان شما ملزم به ارائه اطلاعات مکتوب در مورد خط مشی‌های دستورالعمل قبلی طرح بیمه سلامت روان و توضیحی درباره قوانین ایالتی است. اگر مایل به درخواست این اطلاعات هستید، باید برای اطلاعات بیشتر با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید.

یک دستورالعمل قبلی طراحی شده است تا به فرد اجازه دهد تا بر درمان خود کنترل داشته باشد، به ویژه زمانی که قادر به ارائه دستورالعمل در مورد مراقبت خود نیست. این یک سند قانونی است که به فرد اجازه می‌دهد که پیشاپیش بگوید که در صورت عدم توانایی در تصمیم‌گیری در مورد بهداشت و درمان، خواسته‌هایش چیست. این دستورالعمل می‌تواند شامل مواردی مانند حق پذیرش یا امتناع از درمان پزشکی، جراحی، یا سایر انتخاب‌های مراقبت‌های درمانی باشد. در کالیفرنیا، یک دستورالعمل اولیه شامل دو بخش است:

- انتصاب یک نماینده توسط شما که در مورد مراقبت‌های درمانی شما تصمیم می‌گیرد؛ و
- دستورالعمل‌های مراقبت‌های درمانی فردی شما

شما می‌توانید از طرح بیمه سلامت روان خود یا آنلاین فرمی برای دستورالعمل قبلی دریافت کنید. در کالیفرنیا، شما این حق را دارید که دستورالعمل‌های قبلی را به همه ارائه‌دهندگان بهداشت و درمان خود ارائه دهید. شما همچنین حق دارید دستورالعمل قبلی خود را در هر زمان تغییر دهید یا لغو کنید.

اگر سؤالی در مورد قانون کالیفرنیا در مورد الزامات دستورالعمل قبلی دارید، می‌توانید نامه‌ای به این آدرس ارسال کنید:



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.sacounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

California Department of Justice
Public Inquiry Unit :Attn
P. O. Box 944255
Sacramento, CA 94244-2550



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

حقوق و مسئولیت‌های ذینفع

حقوق من به عنوان دریافت‌کننده خدمات تخصصی سلامت روان چیست؟

به عنوان یک فرد واجد شرایط Medi-Cal، شما حق دریافت خدمات سلامت روان تخصصی ضروری از نظر پزشکی را از طرح بیمه سلامت روان دارید. هنگام دسترسی به این خدمات، شما حق دارید:

- با شما با احترام شخصی و احترام به کرامت و حریم خصوصی رفتار شود.
 - اطلاعاتی در مورد گزینه‌های درمانی موجود دریافت کنید و آنها را به روشی قابل درک برای شما توضیح دهند.
 - در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت از سلامت روان خود، از جمله حق امتناع از درمان، مشارکت کنید.
 - از هرگونه محدودیت یا انزوا که به عنوان وسیله‌ای برای اجبار، نظم بخشی، سهولت، تنبیه یا تلافی برای استفاده از مراقبت‌ها استفاده می‌شود، به دور باشید.
 - یک نسخه از سوابق پزشکی خود را بخواهید و دریافت کنید، و درخواست کنید که در صورت نیاز تغییر یابد یا اصلاح شود.
 - اطلاعات این کتابچه راهنما درباره خدمات تحت پوشش طرح بیمه سلامت روان، سایر تعهدات طرح بیمه سلامت روان و حقوق خود که در اینجا توضیح داده شده است را دریافت کنید.
 - از یک طرح بیمه سلامت روان که تابع قراردادش با ایالت برای در دسترس بودن خدمات، تضمین ظرفیت و خدمات کافی، هماهنگی و تداوم مراقبت، و پوشش و مجوز خدمات است، خدمات تخصصی سلامت روان دریافت نمایید. طرح بیمه سلامت روان ملزم است:
- برای اطمینان از اینکه همه ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal که واجد شرایط دریافت خدمات تخصصی سلامت روان هستند، می‌توانند خدمات تخصصی سلامت روان را به موقع دریافت کنند، ارائه دهندگان کافی استخدام کرده باشد یا با آنها قرارداد کتبی داشته باشد.
 - در صورتی که طرح بیمه سلامت روان کارمند یا ارائه دهنده قراردادی نداشته باشد که بتواند خدمات مورد نیاز را ارائه دهد، خدمات پزشکی ضروری خارج از شبکه را به موقع برای شما پوشش دهد. «ارائه دهنده خارج از شبکه» به معنای ارائه‌دهنده‌ای است که در فهرست ارائه‌دهندگان طرح بیمه سلامت روان نیست. در این مورد، طرح بیمه سلامت روان باید اطمینان حاصل کند که برای مراجعه به ارائه دهنده خارج از شبکه، هزینه اضافی پرداخت نمی‌کنید.
 - اطمینان حاصل کند که ارائه دهندگان برای ارائه خدمات تخصصی سلامت روانی که موافقت می‌کنند پوشش دهند، آموزش دیده باشند.



- اطمینان حاصل کند که خدمات تخصصی سلامت روانی که طرح بیمه سلامت روان پوشش می‌دهد از نظر مقدار، مدت زمان و دامنه برای رفع نیازهای ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal کافی باشد. این امر شامل اطمینان از این موضوع است که سیستم طرح بیمه سلامت روان برای تأیید پرداخت برای خدمات، مبتنی بر ضرورت پزشکی است و اطمینان حاصل کند که معیارهای دسترسی به طور منصفانه استفاده می‌شود.
- اطمینان حاصل کند که ارائه دهندگان آن ارزیابی‌های کافی از افرادی که ممکن است خدمات دریافت کنند انجام می‌دهند و با افرادی که خدمات دریافت می‌کنند برای ایجاد اهداف برای درمان و خدماتی که ارائه می‌شود همکاری می‌کنند.
- در صورت درخواست شما، نظر یک متخصص مراقبت‌های درمانی واجد شرایط دیگر در داخل شبکه طرح بیمه سلامت روان، یا یک متخصص خارج از شبکه را بدون هزینه اضافی برای شما ارائه دهد.
- خدماتی را که ارائه می‌دهد با خدماتی که از طریق طرح مراقبت‌های مدیریت شده Medi-Cal به شما ارائه می‌شود یا در صورت لزوم با ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه خود هماهنگ کند و اطمینان حاصل کند که حریم خصوصی شما همانطور که در قوانین فدرال در مورد حریم خصوصی اطلاعات درمانی مشخص شده است محافظت می‌شود.
- دسترسی به موقع به مراقبت، از جمله ارائه خدمات در 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته، در مواقعی که از نظر پزشکی برای درمان یک وضعیت روانپزشکی اورژانسی یا شرایط فوری یا بحرانی ضروری است، فراهم کند.
- در تلاش‌های ایالت برای تشویق ارائه خدمات به شیوه‌ای که از نظر فرهنگی شایسته برای همه مردم است، از جمله افرادی که دانش انگلیسی محدودی دارند و زمینه‌های فرهنگی و قومی متفاوت دارند، مشارکت کند.
- طرح بیمه سلامت روان شما باید اطمینان حاصل کند که درمان شما در نتیجه بیان حقوق خود به شکلی آسیب‌زا تغییر نکرده است. طرح بیمه سلامت روان شما باید از قوانین فدرال و ایالتی قابل اجرا پیروی کند (مانند: عنوان ششم قانون حقوق مدنی 1964 که توسط مقررات CFR 45 قسمت 80 اجرا شده است؛ قانون تبعیض سنی 1975 که توسط مقررات CFR 45 قسمت 91 اجرا شده است؛ قانون توانبخشی 1973؛ عنوان نهم اصلاحات آموزش و پرورش 1972 (در مورد برنامه‌ها و فعالیت‌های آموزشی)؛ عنوان دوم و سوم قانون آمریکایی‌های مبتلا به معلولیت)؛ بخش 1557 قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه؛ و همچنین حقوقی که در اینجا توضیح داده شده است.
- ممکن است تحت قوانین ایالتی مربوط به درمان سلامت روان حقوق بیشتری داشته باشید. اگر می‌خواهید با وکیل حقوق بیماران شهرستان خود تماس بگیرید، می‌توانید این کار را از طریق تماس با انجام دهید.



دفتر حقوق بیماران خودیاری مصرف کننده

تلفن 3800-333-916

فکس 1777-550-916

وظایف من به عنوان دریافت کننده خدمات تخصصی سلامت روان چیست؟

به عنوان دریافت کننده خدمات تخصصی سلامت روان، مسئولیتهای زیر بر عهده شماست:

- این کتابچه راهنمای ذینفع و سایر مطالب مهم اطلاع رسانی از طرح بیمه سلامت روان را به دقت بخوانید. این مطالب به شما کمک می کند تا بفهمید که کدام خدمات در دسترس هستند و در صورت نیاز چگونه می توانید درمان شوید.
- طبق برنامه در درمان خود شرکت کنید. اگر با ارائه دهنده خود برای ایجاد اهداف برای درمان خود و دنبال کردن آن اهداف کار کنید، بهترین نتیجه را خواهید گرفت. اگر نمی توانید در یک قرار ملاقات حضور یابید، حداقل 24 ساعت قبل با ارائه دهنده خود تماس بگیرید و برای روز و ساعت دیگری برنامه ریزی کنید.
- هنگام شرکت در درمان، همیشه کارت شناسایی مزایای (BIC) Medi-Cal و یک کارت شناسایی عکس دار همراه داشته باشید.
- اگر به مترجم شفاهی نیاز دارید، قبل از قرار ملاقات خود به ارائه دهنده خود اطلاع دهید.
- تمام نگرانی های پزشکی خود را به ارائه دهنده خود بگویید. هرچه اطلاعات کامل تری در مورد نیازهای خود به اشتراک بگذارید، درمان شما موفقیت آمیزتر خواهد بود.
- اطمینان حاصل کنید که از ارائه دهنده خود هر سوالی که دارید پرسید. بسیار مهم است که اطلاعاتی را که در طول درمان دریافت می کنید کاملاً درک کنید.
- مراحل اقدام برنامه ریزی شده ای را که شما و ارائه دهنده تان با آنها توافق کرده اید دنبال کنید.
- اگر در مورد خدمات خود سوالی دارید یا اگر مشکلی با ارائه دهنده خود دارید که قادر به حل آن نیستید، با طرح بیمه سلامت روان تماس بگیرید.
- اگر تغییراتی در اطلاعات شخصی شما رخ داده است به ارائه دهنده و طرح بیمه سلامت روان خود بگویید. این موارد شامل آدرس، شماره تلفن و هر گونه اطلاعات پزشکی دیگری است که ممکن است بر توانایی شما برای شرکت در درمان تأثیر بگذارد.
- با کارکنانی که درمان شما را ارائه می دهند با احترام و ادب رفتار کنید.
- اگر مشکوک به تقلب یا تخلف هستید، آن را گزارش دهید:



خود از طریق شماره 916-875-6069 یا تلفن رایگان به شماره 1-888-881-4881 تماس بگیرید MHP با
دوشنبه - جمعه 8:00 صبح - 5:00 بعد از ظهر در دسترس است Sacramento County MHP
مراجعه کنید www.dhs.saccounty.net یا به صورت آنلاین به آدرس

- سازمان خدمات مراقبت درمانی از هر کسی که مشکوک به تقلب، اتلاف یا سوء استفاده از Medi-Cal است می‌خواهد با خط تلفن DHCS Medi-Cal Fraud به شماره **1-800-822-6222** تماس بگیرد. اگر احساس می‌کنید که یک وضعیت اضطراری رخ داده است، لطفاً برای کمک فوری با **911** تماس بگیرید. این تماس رایگان است و تماس گیرنده می‌تواند ناشناس باقی بماند.
- همچنین می‌توانید تقلب یا سوء استفاده مشکوک را از طریق ایمیل به fraud@dhcs.ca.gov گزارش دهید یا از فرم آنلاین در <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx> استفاده کنید.

