



**DRUG MEDI-CAL
ORGANIZED DELIVERY
SYSTEM (DMC-ODS)**

Beneficiary Handbook

Orange County



English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call - (855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Call 1-(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

Tagalog (Tagalog/Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332)번으로 전화해 주십시오.

繁體中文(Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք -(855) 625-4657 (TTY (հեռատիպ) 1-714-834-2332):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните -(855) 625-4657 (телетайп: 1-714-834-2332).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما

فراهم می باشد. با (855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332) تماس بگیرید

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。-(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

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

بالمجان. اتصل برقم 625-4657 (855)- (رقم هاتف الصم والبكم: 1-714-834-

2332).

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน:

ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: រ រ សើ ិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ ,
រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិត ្នួន

គឺអាចមានសំរា ៉ រ អុើ នក។ ចូ ទូ ស័ព្ទ -(855) 625-4657
(TTY: 1-714-834-2332)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດລາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ,
ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ,

ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ - (855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

目录

一般信息

紧急服务.....	11
如果我有自杀的想法，可以跟谁联系？	12
为什么阅读本手册很重要？	12
作为您所在县 DMC-ODS 计划的会员，您的县计划负责 以下事项.....	14
向需要不同语言材料的会员提供的信息.....	16
向有阅读困难会员提供的信息	16
向有听力障碍会员提供的信息	16
向有视力障碍会员提供的信息	17
隐私惯例通知	17
如果我感觉受到歧视，可以跟谁联系？	17

服务

什么是 DMC-ODS 服务？	19
早期定期筛检、诊断和治疗计划(Early Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment , EPSDT)	28

如何获得 DMC-ODS 服务

我该如何获得 DMC-ODS 服务？	29
我可以在哪里获得 DMC-ODS 服务？	31
非服务时间照护	31
我如何知道自己什么时候需要帮助？	31
我如何知道儿童或青少年什么时候需要帮助？	32

如何获取心理健康服务

我可以在何处获取专业心理健康服务?32

医疗必要性

什么是医疗必要性以及其为何如此重要? 33

承保药物滥用障碍治疗服务的“医疗必要性”，
标准是什么? 33

选择提供者

我该如何寻找我需要的药物滥用障碍治疗服务的提供者?
..... 34

当我找到提供者，县计划能告知我可以从该提供者获取
什么服务吗?35

我的 DMC-ODS 计划使用哪些提供者?36

否决福利裁定通知

什么是否决福利裁定通知? 36

我何时会收到否决福利裁定通知? 37

当我未取得想要的服务时，都会收到否决福利裁定通知
吗?38

否决福利裁定通知将告知我什么? 38

我收到否决福利裁定通知时应该怎么办? 39

问题解决程序

如果我未能从我所在县的 DMC-ODS 计划获得想要的
服务该怎么办? 39

我能在提出上诉, 申诉或州公平听证会时获取帮助吗?40

如果我需要解决我所在县的 DMC-ODS 计划的问题，

但是不想提出申诉或上诉该怎么办？	41
------------------------	----

申诉程序

什么是申诉？	41
我何时可以提出申诉？	42
我如何提出申诉？	42
我如何知道橙县计划是否收到我的申诉？	43
何时就我的申诉做出决定？	43
我如何知道橙县计划是否已经针对我的申诉做出决定？	43
提出申诉有截止日期吗？	43

上诉程序（标准和加急）

什么是标准上诉？	44
我何时可以提出上诉？	45
我如何提出上诉？	46
我如何知道已就我的上诉做出决定？	46
提出上诉有截止日期吗？	47
何时就我的上诉做出决定？	47
如果我不能为我的上诉决定等待 30 天该怎么办？ ...	47
什么是加急上诉？	48
我何时可以提出加急上诉？	48

州公平听证会程序

什么是州公平听证会？	49
我的州公平听证会权利有哪些？	49
我何时可以提出举行州公平听证会？	50
我如何提出州公平听证会请求？	50

提出州公平听证会请求是否有截止日期?	51
在等待州公平听证会决定期间,我是否可以继续享有服务吗?	51
如果我不能为我的州公平听证会决定等待 90 天,该怎么办?	52

关于加州 **MEDI-CAL** 计划的重要信息

谁可以获得 Medi-Cal?.....	52
我需要为 Medi-Cal 付费吗?.....	53
Medi-Cal 承保交通服务吗?.....	54

会员权利和责任

作为 <i>DMC-ODS</i> 服务的接受者,我有哪些权利?.....	55
作为 <i>DMC-ODS</i> 服务的接受者,我有哪些责任?.....	57

提供者目录	58
-------------	----

照护过渡请求

我何时可以请求保留我以前的、目前在网络外的提供者?	59
我如何保留网络外提供者?	60
假如在过渡到县计划后我继续接受网络外提供者的服务,会怎么样?	60
县计划为何拒绝我的照护过渡请求?	60
如果我的照护过渡请求被拒绝会怎么样?	60
如果我的照护过渡请求被批准会怎么样?	61
照护过渡请求的处理速度如何?	61

照护过渡期结束时将发生什么? 61

药物 Medi-Cal 组织交付系统联系方式一览

会员服务(855) 625-4657
 受益人热线 (BAL).....(800) 723-8641
 EPSDT 信息(714) 834-5015
 上诉和申诉(866) 308-3074
 医疗服务使用情况管理(714) 834-5601
 CalOptima (针对交通)(888) 587-8088

在线访问本手册和目录，请上網查詢

www.ochalthinfo.com/DMC-ODS

其他資訊

24 小时自杀预防热线(877) 727-4747
 危机评估小组(866) 830-6011 NAMI Warm line
 (非危机支持)(877) 910-9276



一般信息

紧急服务

紧急服务会是每周七天提供无休服务。

如果您认为自己出现健康相关的紧急情况, 请拨打 **911** 或前往最近的急诊室求助。

紧急服务是针对意外的医疗状况所提供的服务, 包括精神方面的紧急医疗状况。

当您有剧烈疼痛、严重疾病或受伤的症状时, 即属紧急医疗状况, 这些状况会使普通人(非医护人员)合理地认为, 若无医疗诊救, 预计会产生以下后果:

- 使您的健康陷入严重的危险之中;
- 若您怀孕了, 使您或胎儿的健康陷入严重的危险之中;
- 对您的身体机能造成严重伤害;
- 对任何身体器官或部位造成严重损害。

如果发生紧急情况, 您有权利使用任何医院。紧急服务从不要求授权。

如果我有自杀的想法，可以跟谁联系？

如果您或您认识的人处于危机之中，请致电 1-800-273-TALK (8255) 联系全国自杀预防生命热线。

如果当地居民若处于危机之中需要寻求协助以及使用本地心理健康计划，请致电

(877) 727-4747 或上網查詢

<http://www.ochealthinfo.com/bhs/about/pi/crisis/hotline>

为什么阅读本手册很重要？

欢迎来到 橙县药物 Medi-Cal 组织交付系统 (DMC-ODS)。在本手册中，我们将此系统称为“县计划”。县计划为居住在 橙县所有符合资格的 Medi-Cal 受益人提供药物滥用的 (Substance Use Disorder, SUD) 治疗服务。

我们的宗旨是防止药物滥用和精神障碍；当症状出现时，及早地进行干预；当评估表明需要治疗时合适的人员/计划给予正确的诊断和治疗，使受益人得到最高质量的健康和福祉。

作为受益人，当您有医疗需要时，我们的橙县计划可为您提供全面的 SUD 治疗服务。

“橙县计划”遵循美国成瘾医学协会 (American Society of Addiction Medicine, ASAM) 制定的标准提供治疗和安置。您可以通过多种方式从您的计划中获得 SUD 服务。根据您的

服务请求，橙县计划将安排您接受基于 **ASAM** 的评估，以确定您需要的正确服务类型，并帮助您尽快接受服务。多种情况下，您获得服务的资格可以立即得到确定和批准。但是，某些类型的服务，如住宅服务或网络外服务须经橙县事先授权。

了解药物 **Medi-Cal** 组织传输系统 (**DMC-ODS**) 如何运作非常重要，因为您可以藉此取得所需的照护服务。本手册说明帮助了解您的福利及如何获取医疗计划，亦可回答您的许多疑问。

您将知道：

- 如何通过您所在县的 **DMC-ODS** 计划接受物质使用障碍 (**SUD**) 治疗服务
- 您可获得什么样的福利
- 如果您有疑问或遇到问题该怎么做
- 您作为您所在橙县 **DMC-ODS** 计划的会员拥有的权利和责任

若您现在不阅读本手册，应将其妥善留存，以便日后阅读。

请将本手册用作您在加入目前 **Medi-Cal** 福利时所收到会员手册的补充。该手册可能与 **Medi-Cal** 管理式照护计划或通常的 **Medi-Cal** “按服务收费” 计划一起提供。

作为您所在县 DMC-ODS 计划的会员，您的橙县计划负责：

- 确定您是否有资格从橙县或提供者网络获取 DMC-ODS 服务。
- 协调您的照护。
- 提供每周七天、每天 24 小时有人接听的免费电话，告诉您如何从县计划获取服务。您也可以通过此电话联系橙县计划，请求提供非服务时间的照护。
- 拥有足够的提供者，以确保您在需要的情况下能获得橙县计划所承保的 SUD 治疗服务。
- 为您提供有关您的县计划所能提供服务的相關信息和指导。
- 为您提供服务时使用您所说的语言或免费安排口译人员（如有必要），并且让您知道我们可为您提供这些口译服务
- 书面告知您可用其他语言或格式向您提供的信息。

本手册和其他受益人通知资料也以所有县基本语言提供，即阿拉伯语、波斯语、韩语、西班牙语和越南语。如有要求，此类资料还可提供大字版印刷和音频格式。当您进入任何计划时，您都会获得此类资料。届时，您可以要求提供此类资料的打印副本，而且您将获得相同资料的互联网链接。此外，您可以随时向您的提供者索取此类资料。如需在线获取您

的受益人通知资料，请点击此链接：

www.ocalthinfo.com/DMC-ODS

- 在变更预期生效日期之前至少提前**30天**向您提供有关本手册所载信息发生任何重大变更的通知。如果任何更改手册所载信息可能影响您通过县计划收到的福利，则该变更被视为重大变更。
- 如果任何签约提供者因道德、伦理或宗教异议而拒绝履行或以其他方式支持任何承保服务，我们将通知您并告知您提供承保服务的其他提供者。
- 如果更换提供者可能导致您的健康变差或增加住院风险，确保您可以继续使用先前的提供者（若提供者目前已经不在提供者网络内）。

您可以在周一至周五上午 **8:00** 至下午 **6:00** 拨打 **(855)**

625-4657 联系您的会员服务部 (Member Services) 人员。

该(橙)县计划的受益人热线 (Beneficiary Access Line, BAL) 也是一个每周 7 天、每天 24 小时开通的免费热线。您可以随时拨打 **(800) 723-8641** 联系 BAL。

两条线路都配备了临床医生，他们使用 橙县大多数呼叫者通用的非英语语言，即阿拉伯语、波斯语、韩语、西班牙语和越南语。如有要求，可提供其他语言的口译服务。

对于可能需要语言翻译服务的呼叫者，您的计划使用电话语言线路或同等的口译服务。加州中继服务 (California Relay Service) 符合美国残疾人协会 (Americans with Disabilities Act,

ADA) 标准，提供包括虚拟控制台 (TeleType, TTY) 在内的全方位中继服务，用于聋哑/听力障碍呼叫者。您可以拨打 **(800) 855-7100** 用英语或西班牙语接通中继服务语音或 TTY 。

此外，针对聋哑/听力障碍人士的视频中继服务 (Video Relay Service, VRS) 每周 7 天、每天 24 小时全天可用。当聋哑/听力障碍可视电话用户打电话或被联系时，VRS 会自动连接。

有关医疗服务使用情况管理的问题，请在周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 致电 (714) 834-5601

向需要其他语言材料的会员提供的信息

所有书面资料均以本县的基本语言提供。每一个治疗地点都有提供关于如何获得口译服务的信息。13

必要时，该计划还可利用电话热线提供所有语言的翻译服务。如果您希望收到任何其他语言的资料，请询问您的医疗服务提供者。

向有阅读困难会员提供的信息

所有资料都有替代格式，如大字版印刷和音频格式。您可以随时向您的提供者索取这些版本，您也可以随时通过点击下方链接获取此类材料：www.ochhealthinfo.com/DMC-ODS

向有听力障碍会员提供的信息

加州在线翻译(TTY)提供全方位的服务，包括为听障呼叫者提供 TTY 和 VSR。您可以拨打 (800) 855-7100 获得服务。视频服务也可用于聋哑/听力障碍受益人。当聋哑/听力障碍可视电话用户打电话或被联系时，VRS 会自动连接。

向视力障碍会员提供的信息

通知材料可以在您的提供者提供的音频光盘 (CD) 上获得，也可以通过访问 <http://www.ochhealthinfo.com/DMC-ODS> 获得所有基本语言的通知材料。

隐私惯例通知

在每个治疗地点都有提供隐私保密通知的中文版本，并将在您注册时提供给您。

如果我感觉受到歧视，可以跟谁联系？

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

为残疾人士提供免费援助和服务，例如：

- 合格的手语翻译员

- 其他格式的书面信息（盲文、大字印刷、语音版、可访问电子格式或其他格式）
- 为母语非英语的人士提供免费语言服务，例如：
- 合格的口译员
- 关于基本语言的信息

如果您需要这些服务，请联系您的县计划。

如果您认为加州或 DMC-ODS 因种族、肤色、出身国、年龄、残疾或性别而未提供服务，或在其他方面实施歧视，您可以提出申诉：

Orange County Health Care Agency

Attn: Chi Rajalingam,

Civil Rights Coordinator, Office of Compliance

405 W. 5th Street, Santa Ana, CA 92701

714-568-5787, 711 (TTD), 714-834-6595 (Fax)

officeofcompliance@ochca.com

https://cms.ocgov.com/gov/health/about/admin/notice_of_nondiscrimination.asp

您可以当面或通过邮寄、传真或电子邮件提起申诉。如果您需要申诉协助，Dr. Chi Rajalingam, Civil Rights Coordinator at the Office of Compliance 可为您提供帮助。

您也可以电子形式通过民权投诉办公室网站向美国卫生及公共服务部民权办公室发起民权投诉：

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>。

您可以通过邮寄或电话提起民权投诉：

美国卫生及公共服务部

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

投诉表可从以下网站获取：

<https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>

服务

什么是 **DMC-ODS** 服务？

DMC-ODS 服务是面向患有至少一种普通医生无法治疗的 SUD 患者提供的健康照护服务。

DMC-ODS 服务包括：

- 门诊服务
- 强化门诊治疗
- 部分住院（仅限部分县）
- 居住型治疗服务（须经县事先授权）
- 脱瘾管理

- 类鸦片治疗
- 药物辅助治疗（各县不同）
- 康复服务
- 个案管理

如果您需要了解更多有关您可能获得的每项 DMC-ODS 服务的信息, 请查看下文中的描述:

门诊服务

- 确定有医疗上的必要性后, 将根据个人化的客户计划为会员提供咨询服务, 成年人每周最多 9 小时, 青少年每周 6 小时以下。在社区内任何适当环境下, 有执照专业人员或经过认证的咨询师提供服务。
- 门诊服务包括收治和评估、治疗规划、个人咨询、团体咨询、家庭治疗、关联服务、会员教育、药物服务、危机介入服务及出院规划。

门诊免费药物 (Outpatient Drug Free, ODF) 服务可在橙县及与县有合同服务部门中获得。门诊开放时间为周一至周五上午 8:00 至下午 6:00, 大部分地点每周至少有一个晚上属于晚间门诊开放时间。合同提供者还在周六提供至少 6 小时的门诊服务。有关地点和时间, 请咨询您的医疗服务提供者。

- 成人 SUD 医疗系列还与其他机构，如缓刑、协作式法院和社会服务机构合作，为 DMC 受益人提供专业计划。专业服务包括：产期、毒品法庭、DUI 法庭、AB 109、CalWORKs 以及聋哑/听力障碍人士。大多数这些治疗计划需要直接从合同机构转介。

- 橙县内每个地区都提供青少年 ODF 服务，并根据药物滥用和心理健康服务机构推荐的现行青少年治疗指南提供服务。

强化门诊服务

- 确定有医疗上的必要性后，将根据个人化的客户计划为会员提供强化门诊服务（成年人每周最少 9 小时，最多 19 小时，而青少年每周最少 6 小时，最多 19 小时）。服务内容包括成瘾相关问题的咨询和教育。在社区内任何适当环境下，由持照专业人员或经过认证的咨询师提供服务。
- 强化门诊服务包括部分与门诊服务相同的内容，主要的差别在于服务时间的增加。

重症门诊治疗 (Intensive Outpatient Treatment, IOT) 服务可在本县及全县的合同服务部门中获得。IOT 门诊开放时间为周一至周五上午 8:00 至下午 6:00，大部分地点每周至少有一个晚上属于晚间门诊开放时间。合同提供者还在周六提

供至少 6 小时的门诊服务。有关地点和时间，请咨询您的医疗服务提供者。

成人 SUD 医疗系列还与其他机构，如缓刑、协作式法院和社会服务机构合作，为 DMC 受益人提供专业计划。专业服务包括：产期、毒品法庭、DUI 法庭、AB 109、CalWORKs 以及聋哑/听力障碍人士。大多数这些治疗计划需要直接从合同机构转介。

- 橙县内每个地区都提供青少年 IOT 服务，并根据药物滥用和心理健康服务机构推荐青少年治疗指南。如有医疗需要，青少年可根据早期定期筛检、诊断和治疗计划（EPSDT）获得额外的服务。

部分住院（仅限部分县）

- 部分住院服务按照会员治疗计划的规定，每周提供 20 小时或以上的临床强化治疗方案。部分住院方案通常可直接提供精神医学、身体医学及化验服务，旨在满足日常监测或管理的确定需求，但这些需求在结构化的门诊环境中即可得到妥善解决。
- 部分住院服务与强化门诊服务相似，主要差别在于时间增加及可额外使用医疗服务。

橙县不提供此等服务。

居住型治疗服务（须经县授权）

- 居住型治疗服务提供非医疗机构的 24 小时非医学短期居住治疗方案，确定有医疗上的必要性后，将根据个人化的客户计划为被诊断患有 SUD 的会员提供康复服务。每位会员都应生活在住所中，在努力康复的过程中受到支持，以维持并运用人际方面与独立自主的生活技能，而且能够利用社区支持体系的资源。提供者与居住者合作界定障碍、设置优先级、确立目标、制定治疗计划及解决 SUD 相关问题。目标涵盖持续戒断、为引起复发的刺激物作准备、增进个人健康和社交功能，并参与持续照护。
- 居住型治疗服务要求获得县计划事先授权。居住型治疗服务每次授权期间为成人最多 90 天、青少年最多 30 天。一年内仅允许申请两次居住型治疗服务授权。如在医疗上有必要，每年可有一次 30 天的延长期限。孕妇可获得居住型治疗服务，直到分娩后第 60 天的当月最后一天。符合“早期定期筛检、诊断和治疗计划” (EPSDT) 资格的会员（年龄在 21 岁以下），只要确定存在医疗必要性，而且有持续接受居住型治疗服务的需求，将不受上述之授权限制。
- 居住型治疗服务包括收治和评估、治疗规划、个人咨询、团体咨询、家庭治疗、关联服务、会员教育、药物服务、保存药物（机构将保存所有居住者的药物，机构工作人员可协助居住者完成自我给药）、危机干预服务、交通接送（提

供或安排进行医疗上必要治疗的往返交通），以及出院规划。

脱瘾管理

- 确定有医疗上的必要性后，将根据个性化的客户计划提供脱瘾管理服务。接受居住型治疗服务的每位会员应居住在医疗设施中，且在脱瘾期间受到监督。提供医疗上必要的居住服务与康复服务必须依据持照医师或处方人员确定的个性化客户计划，而且应按照加州要求批准和授权。
- 脱瘾管理服务包括收治和评估、观察（评估健康状况以及对任何处方药物的反应）、药物服务及出院规划。

您的计划提供使用最多长达七（7）天的社交模型脱瘾排毒治疗的住宿，非医疗停药管理。至少有一个提供者允许受益人携带服用的药物，以减轻不适或停药副作用。

符合资格的会员可以在急性照护医院接受住院病人戒毒服务。每周

7 天每天 24 小时提供急性戒药管理服务。如果您遭受急性或严重的停药反应，请去离您最近的急诊室。

类鸦片治疗

- 类鸦片（麻醉药）治疗方案 (OTP/NTP) 服务在具有 NTP 核准执照的设施内提供。提供医疗上必要的服务必须依据持照医师或处方人员确定的个性化客户计划，而且应按照加州

要求批准和授权。向会员提供和开出 DMC-ODS 处方集所承保的药物时，包括美沙酮、丁丙诺啡、纳洛酮和戒酒硫等，必须有 OTP/NTP。

- 每位会员每个月必须与治疗师或咨询师进行至少 50 分钟、最多 200 分钟的咨询会谈，但如有医疗必要性，可提供额外服务。
- 类鸦片治疗服务包括部分与门诊治疗服务相同的内容，再加入医师和会员一对一进行面对面讨论的医学心理治疗。

NTP 服务适用于 18 周岁及以上的成年人，每周七（7）天，由获得许可的 NTP 设施提供。您必须是 橙 县的居民才能在 橙 县 NTP 地点接收 NTP 服务。

Orange 县居民在其他县的礼遇剂量是根据具体情况进行的，其过程由提供礼遇剂量的县决定。根据具体情况，并在医疗需要时，橙县为其他县居民的 DMC 受益人提供礼遇剂量。受益人应联系 NTP，以确定将采取的步骤

药物辅助治疗（各县不同）

- 药物辅助治疗 (MAT) 服务可于 OTP 诊所外取得。MAT 使用处方药物，结合咨询和行为治疗，为 SUD 治疗提供融入全人概念的方法。参与的县可选择提供这种服务级别。
- MAT 服务包括所有 SUD 药物的订购、处方开立、给药及监测。尤其是类鸦片和酒精依赖，已妥善制定药物选择方

案。医师和其他处方人员可向会员提供 DMC-ODS 处方集所承保的药物，包括丁丙诺啡、纳洛酮、戒酒硫、纳曲酮、阿坎酸，或 FDA 批准用于治疗 SUD 的药物。

MAT 是在医疗需要时所提供，并且可以与计划中涵盖的任何 ASAM 级别的照护同时进行。MAT 也提供给刑事司法环境中的受益人，以帮助他们过渡到 DMC-ODS 计划中继续治疗。个案经理帮助协调治疗和辅助服务，以支持此类过渡。

如果您的提供者不提供现场 MAT 服务，但是他们可以帮助协调

康复服务

- 康复服务对会员的康复和健康有重要意义。治疗社区成为治疗代理人，会员从中得到赋权并准备好管理他们的健康与健康照护。因此，治疗必须强调会员在管理其健康方面的核心角色，使用有效的自我管理支持策略，以及组织内部和社区资源，从而为会员提供持续性的自我管理支持。
- 康复服务包括个人与团体咨询；康复监测/物质滥用协助（康复指导、预防复发及点对点服务）；以及个案管理（与教育、职业、家庭支持、社区支持、住宿、交通及基于需求的其他服务的联系）。

- 您有资格获得戒毒维护服务，这不仅让您保持脱瘾乾淨，并在您退出结构化治疗时为您提供帮助。该计划的所有照护均向不再积极参与结构化 SUD 治疗的橙县受益人提供康复服务。

个案管理

- 个案管理服务协助会员获得所需的医疗、教育、社会、职前、职业、康复或其他社区服务。这些服务聚焦 SUD 照护的协调、初级护理的整合（特别是对于慢性 SUD 患者），以及与刑事司法系统互动（如有需要）。
- 个案管理服务包括全方位评估与定期重新评估个人需求，进而确定是否有以下需求：继续个案管理服务；转移到较高或较低层级的 SUD 照护；制定和定期修订包含服务活动的客户计划；沟通、协调、转介及相关活动；监测服务的提供，确保会员可使用服务以及服务交付系统；以及会员倡导、与生理和心理健照顾的连结、初级护理服务的交通接送和保留。
- 个案管理应遵守并且不得违反联邦和加州法律的任何会员保密规定。

您的计划由所有照护级别的执照，认证或注册人员提供个案管理服务。您的个案经理可以为您提供倡导、帮助您协调身

心理健康方面的护理，同时在交通、住房、职业、教育和过渡服务方面给予援助，使您儘早恢复正常。

- 受益人收到的个案管理的数量和类型取决于该人的特定需求，并且根据该人的个性化治疗计划提供个案管理。在某些情况下，受益人将获得更多有针对性的个案管理服务，以帮助他们更好的参与 SUD 治疗服务。这将由受益人和提供者根据受益人的需求来确定。您可以随时与您的医疗服务提供者讨论个案管理服务，以确保您从您的计划中获得最大利益。

早期定期筛检、诊断和治疗计划 (EPSDT)

若您未满 21 岁，您可获得早期定期筛检、诊断和治疗计划 (EPSDT) 下额外的医疗必要服务。EPSDT 服务包括筛检、视力、牙科、听力及联邦法律《美国法典》第 42 篇第 1396d(a) 条中所列的其他所有医疗上必要的法定和选择性服务，旨在矫正或改善于 EPSDT 筛检中所发现的缺陷、生理和心理疾病以及其他状况，无论是否已为成人承保这些服务。医疗必要性与成本效益方面的要求是适用于 EPSDT 服务的唯一限制或排除条件。

如需获取关于 EPSDT 服务更完整的描述以及如有任何疑问，请致电 橙县会员服务。

如何获得 DMC-ODS 服务

我该如何获得 DMC-ODS 服务？

倘若您认为自己需要物质使用障碍 (SUD) 治疗服务，您可以自行向县计划提出请求。您也可以致电本手册前面部分中列明的您所在县的免费电话。您也可以其他方式转介到您的县计划接受 SUD 治疗服务。对于认为您需要 SUD 治疗服务的医生和其他初级护理提供者以及您的 Medi-Cal 管理式照护健康计划（若您是该计划的会员）的转介，您的县计划必须接受。除非发生紧急情况，通常提供者或 Medi-Cal 管理式照护健康计划需要经过您的许可或儿童父母或照顾者的许可才能进行转介。其他人员和组织也可以办理县转介，包括学校、县福利或社会服务部门；管理人、监护人或家庭成员；以及执法机构。

承保的服务可通过 橙县的提供者网络提供。如果任何签约提供者对任何承保服务的执行或其他支持提出异议，橙县将

安排其他提供者执行服务。如果提供者因宗教、伦理或道德异议不提供承保服务,橙县将及时进行转介和协调响应。

橙县提供初步筛查以确定受益人适当的照顾。受益人被转介给初步筛选确定的护理提供者,提供者根据 **ASAM** 标准完成对受益人需求的全面评估。如果确定受益人适合该医疗服务提供者提供的护理水平,医疗服务提供者也要完成所有必要的注册步骤,立即开始向受益人提供服务。对于门诊服务,在首次请求后 **10** 天内提供预约。**NTP** 服务在 **3** 天内提供。住院护理的治疗授权请求将在医疗机构提出首次请求后 **24** 小时内处理。

如果第一个医疗服务提供者进行的全面评估确定受益人更适合接受该医疗服务提供者提供的护理水平以外的护理水平,则该医疗服务提供者将与受益人合作,为其联系更为合适的医疗服务提供者。该计划提供了“**warm hand offs** (温馨交接)”,使这一过程更加容易。温馨交接需要受益人的书面授权才能向接收提供者披露 (**Authorization To Disclose, ATD**) 他或她受保护的健康资讯。这使网络服务提供者能够相互沟通并与受益人沟通,以确保成功地完成转诊和与其他服务的联系。

随着受益人在治疗过程中取得的进展,该计划还提供温馨交接和与 **ASAM** 其他级别护理的服务联系。受益人可能开始在某一级别的护理中接受治疗,但随后可能需要转到另一级别,或者更高,或者更低。如果是这种情况,受益人的个案

经理将与受益人合作，帮助受益人过渡到适当的级别，并提供温馨交接。如果您对护理转和温馨交接有疑问，请询问您的服务提供者或致电会员服务。

我可以在哪里获得 DMC-ODS 服务？

橙县目前正在参与 DMC-ODS 试点计划。由于您是橙县的居民，您可以通过 DMC-ODS 县计划在您生活所在的县获得 DMC-ODS 服务。您的县计划拥有 SUD 治疗提供者，可用来治疗计划承保的状况。如有需要，提供药物 Medi-Cal 服务但未参加 DMC-ODS 试点计划的其他县，可以向您提供常规 DMC 服务。如果您未满 21 岁，您也有资格在本州其他任何县获得 EPSDT 服务。

非服务时间照护

24 小时受益人热线 (800) 723-8641 可用于响应下班后有关获得服务的电话，并酌情进行转介。如果有紧急情况需要医疗护理，可以直接拨打 911 系统。

如果您已经注册了某家医疗提供者，您的医疗提供者并且提供下班后的相关支持。请参阅您的注册信息，以提供您的特定医疗服务者下班后的联系方式。

我如何知道自己什么时候需要帮助？

许多人在生命中都有遭遇到困难的时候，也可能产生 SUD 问题。

在询问自己是否需要专业协助时，最重要的事情是要相信自己。由于您目前居住在参与 DMC-ODS 的县，所以如果您符合 Medi-Cal 资格，且您认为自己可能需要专业协助，您应向您所在县计划提出评估请求以进行确认。

我如何知道儿童或青少年什么时候需要帮助？

如果您认为自己的孩子（儿童或青少年）出现 SUD 的迹象，可联系您的参与县的 DMC-ODS 计划为其进行评估。如果您的孩子（儿童或青少年）有资格享受 Medi-Cal，并且县评估显示您的孩子需要参与县所承保的药物和酒精治疗服务，县将安排您的孩子（儿童或青少年）接受服务。

如何获取心理健康服务

我可以在何处获取专业心理健康服务？

您可以在您所居住的县获取专业心理健康服务。如果您想访问 SMHS，请拨打 (800) 723-8641，服务人员将帮助您联系精神健康服务提供者。您还可以通过网查 http://www.ochealthinfo.com/bhs/about/medi_cal，了解更多关于该县 MHP 的信息。

。每个县均有为儿童、青少年、成人及高龄长者提供专业心理健康服务。如果您未满 21 岁，您符合“早期与定期筛检、诊断和治疗计划”(EPSDT) 的资格，该计划可能包含额外的承保服务和福利。

您的 MHP 将决定您是否需要专业心理健康服务。如果您确实需要专业心理健康服务，MHP 会将您转介给心理健康提供者。

医疗必要性

什么是医疗必要性以及其为何如此重要？

通过您所在县的 DMC-ODS 计划接受 SUD 治疗服务所需的条件之一即所谓的“医疗必要性”。这意味着医生或其他持照专业人员将与您交谈，以确定您是否有医疗服务需求，以及您若接受这些服务，是否能确实得到帮助。

医疗必要性之所以重要，是因为其有助于确定您是否符合 DMC-ODS 服务的资格，以及什么类别的 DMC-ODS 服务较为合适。确定医疗必要性是获取 DMC-ODS 服务的过程中非常重要的部分。

承保药物滥用治疗服务的“医疗必要性”标准是什么？

作为确定您是否需要 SUD 治疗服务的一部分，橙县 DMC-ODS 计划将与您以及您的提供者共同合作，以确定服务是否具有上述的医疗必要性。本节将说明您的参与橙县如何做出该决定。

若要通过 DMC-ODS 接受服务，您必须符合以下标准：

- 您必须加入 Medi-Cal。
- 您必须居住在参与 DMC-ODS 的县。
- 对于《精神疾病诊断及统计手册》(DSM) 所述之物质相关及成瘾障碍，您必须被诊断患有其中至少一项病症。任何成年人或 21 岁以下青少年若不符合医疗必要性标准，但如果评估结果为“有 SUD 发病风险”，则其将具备早期干预服务的资格。
- 您必须符合美国成瘾医学协会 (ASAM) 基于 ASAM 标准（ASAM 标准是成瘾和物质相关状况的国家治疗标准）的服务医疗必要性定义。
- 您不必知道您是否有确诊状况才能寻求帮助。您所在县的 DMC-ODS 计划将协助您获得此信息并进行评估，确定是否有医疗必要性。

选择提供者

我该如何寻找我需要的药物滥用治疗服务的提供者？

橙县计划可为您在提供者的选择上设立一些限制。在您最初开始使用服务时，您所在橙县的 **DMC-ODS** 计划必须提供至少两个提供者，让您有机会从中选择，除非橙县计划有充分的理由解释为何无法提供选择（例如，只有一个提供者可提供您所需的服务）。您所在县的计划也必须允许您更换提供者。在您要求更换提供者时，县必须允许您在至少两个提供者之间作出选择，除非有充分的理由不这样做。

有时候橙县签约提供者会自行或因县计划的要求而退出县服务提供者网络。当发生这种情况时，橙县计划必须在收到或发出终止通知后 **15** 天内，向接受该提供者 **SUD** 治疗服务的每一位患者提供橙县签约服务提供者合同终止的书面通知，善尽告知责任。

一旦我找到提供者，县计划能告知我可以从该提供者获取什么服务吗？

您与您的提供者和橙县计划将根据医疗必要性标准和承保服务清单决定您需要通过橙县计划取得哪些服务。该县有时会将决定权交给您和提供者。在其他时候，橙县计划可能会在服务提供之前，要求您的提供者向县计划申请审查该提供者认为您需要某项服务的理由。县计划必须采用合格的专业人员进行审查。此审查程序称为计划支付授权程序。

橙县计划授权过程必须遵循特定的时间表。对于标准授权，计划必须在 **14** 天内根据您的提供者的要求做出决定。如果您或您的提供者要求，或如果橙县计划认为从您的提供者处获取更多信息符合您的利益，则可以延期最多 **14** 天。橙县认为何时延长期限符合您的利益的一个例子是，如果橙县计划从您的提供者那里获得额外信息可能会批准您的提供者的授权请求，如果没有该信息，可能会拒绝请求。或橙县计划延长期限，该县将向您发送有关延期的书面通知。

若橙县未于规定的期限内对标准或加急授权请求做出决定，橙县计划必须向您发出“否决福利裁定通知”，告诉您服务被拒绝，以及您可以提出上诉或要求举行州公平听证会。

您可以向橙县计划询问有关其授权过程的更多信息。请查看本手册的前面部分，了解如何索取信息。

若您不同意橙县计划对于授权程序的决定，您可向橙县提出上诉或请求举行州公平听证会。

我的 DMC-ODS 计划使用哪些提供者？

如果您新加入橙县计划，本手册末尾有完整的提供者名单供您参阅，其中载明提供者所在地点、他们提供哪些 SUD 治疗服务的相关信息，还有其他有助于您获得照护的信息，包括可从提供者处获得文化和语言服务的相关信息。若对提供者有任何疑问，您也可以致电本手册前面部分中您所在县的免费电话。

否决福利裁定通知

什么是否决福利裁定通知？

否决福利裁定通知，缩写为 NOABD，是您所在县 DMC-ODS 计划用于告知您是否将获得 Medi-Cal SUD 治疗服务决定的一种形式。如果您的申诉、上诉或加急上诉未能及时解决，或您未能在县计划提供服务的时间表标准内获得服务，也将通过否决福利裁定通知您。

我何时会收到否决福利裁定通知？

若发生以下情况，您将收到否决福利裁定通知：

- 若您的橙县计划或其提供者因为您不符合医疗必要性标准而决定您不符合接受任何 Medi-Cal SUD 治疗服务的资格。
- 您的提供者认为您需要 SUD 服务并请求橙县计划批准，但橙县计划不同意并拒绝您的提供者的请求，或变更服务的类型或频率。大多数情况下，您会在接受服务之前收到否决福利裁定通知，但有时您会在接受服务之后或正在接受服务时收到该通知。若您在接受服务之后收到否决福利裁定通知，您不需要支付服务费用。
- 若您的提供者已请求橙县计划批准，但橙县计划需要更多信息来做出决定，而且没有准时完成批准。

- 您的橙县计划未根据其设立时间表向您提供服务。应致电您的县计划确认是否设立了时间表。
- 若您向橙县计划提出申诉，橙县计划未能在 90 天内就您的申诉向您反馈书面决定。若您向橙县计划提出上诉，而未橙县计划能在 30 天内就您的上诉向您反馈书面决定，或者您提出加急上诉，在 72 小时内未收到回复。

当我未取得想要的服务时，都会收到否决福利裁定通知吗？

某些情况下您可能不会收到否决福利裁定通知。您仍然可以向橙县计划提出上诉，或如果您已经完成上诉程序，还是遇到这样的情形，您可以请求举行州公平听证会。本手册包含如何提出上诉或请求公平听证会的信息。您也可以从提供者办公室获得信息。

否决福利裁定通知将告知我什么？

否决福利裁定通知将告知您：

- 您的橙县计划作出哪些行为会影响您与您获取服务的能力。
- 决定的生效日期与该计划做出其决定的原因。
- 该县做出决定时遵守的州或联邦规定。
- 如果您不同意计划的做法，您拥有什么样的权利。

- 如何向计划提出上诉。
- 如何请求州公平听证会。
- 如何请求加急上诉或请求加急州公平听证会。
- 如何取得提出上诉或请求州公平听证会的协助。
- 您需要花多长时间提出上诉或请求举行州公平听证会。
- 您在等待上诉或州公平听证会决定时，是否有资格继续接受服务。
- 如果您想要继续接受服务，您必须提出上诉或州公平听证会请求的时限。

我收到否决福利裁定通知时应该怎么办？

当您收到否决福利裁定通知时，您应认真阅读表格上的所有信息。如果您不理解表格的内容，您的橙县计划可以为您提供协助。您也可以请求他人协助。

当您提出上诉或请求州公平听证会时，您可以请求继续接受已停止的服务。您必须在不迟于否决福利裁定通知盖上邮戳或当面向您递交通知后 10 天，或在变更生效日期前，请求继续接受服务。

问题解决程序

如果我未能从我所在县的 **DMC-ODS** 计划获得想要的服务该怎么办？

您的橙县计划必须具有与您正在接受的 **SUD** 治疗服务相关的任何事项的问题解决程序。此程序称为问题解决程序，其可涉及以下程序。

- 申诉程序 - 表达您对与 **SUD** 治疗服务相关的任何事宜（而非否决福利裁定通知）的不满。
- 上诉程序 - 审查橙县计划或您的提供者针对您的 **SUD** 治疗服务所做出的决定（否决或变更服务）。
- 州公平听证会程序 - 审查以确保您获得根据 **Medi-Cal** 计划有权获得的 **SUD** 治疗服务。

提出申诉、上诉或州公平听证会并不会对您不利，也不会影响您正在接受的服务。当您的申诉或上诉完成时，您的橙县计划将通知您和涉及其他人最终结果。当您的州公平听证会作出裁决时，州听证会办公室将通知您和涉及其他人最终结果。

详细了解以下每个问题解决程序。

我能在提出上诉、申诉或州公平听证会时获得协助吗？

您的橙县计划将安排人员向您解释这些程序，并协助您通报申诉、上诉或请求州公平听证会的问题。橙县计划也可以协助您决定您是否符合“加急”程序的资格，该程序指因为您的健康或稳定性面临危险，将加快审查速度。您也可以授权其他人代表您行事，包括您的 SUD 治疗服务提供者。

如果您需要协助，请致电 免费电话：(866) 564-8448。您还可以在 <http://www.ochealthinfo.com/DMC-ODS>

找到有关申诉和上诉程序的信息并下载表格。

如果我需要解决我所在县的 DMC-ODS 计划的问题，但是不想提出申诉或上诉该怎么办？

如果在橙县内找到合适的人协助您解决问题时遇到困难，您可以从加州取得协助。

您可以从当地法律援助办公室或其他团体获取免费的法律协助。您可以向公共咨询与回复小组询问关于您的听证会权利或免费法律协助。

请致电免费电话：1-800-952-5253

如果您有听力障碍并且使用 TDD，请致电：1-800-952-8349

申诉程序

什么是申诉？

申诉是表达您对有关 SUD 治疗服务的事宜的任何不满，而这些事宜并非通过上诉和州公平听证会程序解决。

申诉程序将：

- 包含简单、易于理解的程序，让您可以通过口头或书面方式提交申诉。
- 不会以任何方式对您或您的提供者产生不利影响。
- 允许您授权其他人（包括提供者）代表您行事。如果您授权其他人代表您行事，县计划可能要求您签署一份表格，授权县计划向此人提供信息。
- 确保授权人士具备相应资格，且未参与之前任一层级的审查或决策过程。
- 确定您、您的县计划和您的授权人士角色与责任。
- 在要求的时限内提供申诉的解决方案。

我何时可以提出申诉？

如果您对从县计划获得的 SUD 治疗服务不满意，或对县计划有其他疑虑，可以随时向县计划提出申诉。

我如何提出申诉？

您可以拨打您的县计划免费电话获取关于申诉的帮助。该县将在所有提供者场所提供已填妥地址的信封，以便您邮寄申诉。申诉可通过口头或书面方式提出。口头申诉之后不必以书面形式跟进。

我如何知道县计划是否收到我的申诉？

您的县计划将向您寄送确认书，告诉您其收到申诉。

何时就我的申诉做出决定？

县计划必须从您提出申诉后的 90 天内，针对您的申诉做出决定。如果您请求延期，或橙县计划认为有需要获取额外信息，且延期对您有利，则最多可延长 14 天。延期可能对您有利的一个例子是，县计划认为如果有更多时间向您或其他相关人士获取信息，其可能可以解决您的申诉。

我如何知道县计划是否已经针对我的申诉做出决定？

针对您的申诉做出决定后，县计划将把决定书面通知您或您的授权人士。如果您的橙县计划未按时通知您或所有受影响

人士，橙县计划将向您提供否决福利裁定通知，告知您请求举行州公平听证会的权利。您的橙县计划将在时限届满的当天，向您提供否决福利裁定通知。

提出申诉有截止日期吗？

您随时都可以提出申诉。

上诉程序（标准和加急）

您的橙县计划有责任允许您请求审查计划或您的提供者针对您的 SUD 治疗服务所做出的决定。您有两种方式请求审查。一种方式是采用标准上诉程序。第二种方式是采用加急上诉程序。这两种上诉方式很类似；然而，加急上诉需要符合特殊要求。特殊要求解释如下。

什么是标准上诉？

标准上诉是请求审查您与计划或您的提供者之间，涉及拒绝或是变更您认为您需要的服务的问题。如果您请求的是标准上诉，橙县计划可能最多需要 30 天进行审查。如果您认为等待 30 天将使您面临健康风险，您应该请求“加急上诉”。

标准上诉程序将：

- 允许您当面、通过电话或书面形式提出上诉。如果您当面或通过电话提交上诉，您随后必须提交已签名的上诉状。您可以获取撰写上诉状的协助。如果您随后未提交已签名的上诉状，则您的上诉将不会得到解决。然而，您提交口头上诉的日期即为上诉提交日期。
- 确保提出上诉不会对您或您的提供者产生任何不利影响
- 允许您授权其他人（包括提供者）代表您行事。如果您的授权人士代表您行事，橙县计划可能要求您签署一份表格，授权计划向此人提供信息。
- 如果您希望在等待申诉结果期间继续接受服务，您必须在否决福利裁定通知盖上邮戳或当面递交给您之日起 **10** 个日历日内提出申诉。在等待上诉结果期间，您不需要付费即可继续接受服务。如果您请求继续接受福利，而且最终的上诉决定维持减少或停止您所接受服务的决定，您可能需要支付上诉待决期间的服务费用；
- 确保授权人士具备相应资格，且未参与之前任一层级的审查或决策过程。
- 允许您或您的代表检查您的病例档案，包含您的病历和上诉程序之前和期间考虑的任何其他文件或记录。
- 允许您有合理的机会当面或以书面形式呈递证据以及作出事实或法律陈述。
- 允许您、您的授权人士或已故会员遗产的法定代表人包括在上诉当事人范畴之内。

- 通过寄送书面确认书，让您了解您的上诉正在审查中。
- 在完成上诉程序后，告知您拥有请求举行州公平听证会的权利。

我何时可以提出上诉？

您可以向您所在县的 DMC-ODS 计划提出上诉：

- 若您所在的县或其签约提供者之一因为您不满足医疗必要性标准而决定您不符合接受任何 Medi-Cal SUD 治疗服务的资格。
- 您的提供者认为您需要 SUD 服务并请求该县批准，但该县不同意并拒绝您的提供者的请求，或变更服务的类型或次数。
- 若您的提供者已请求县计划批准，但该县需要更多信息来做出决定而且没有准时完成批准流程。
- 您的县计划未根据其设立的时间表向您提供服务。
- 如果您认为县计划提供的服务未能尽快满足您的需求。
- 如果您的申诉、上诉或加急上诉未能及时解决。
- 如果您和您的提供者在您需要的 SUD 服务上意见相左。

我如何提出上诉？

您可以拨打您的县计划免费电话获取关于提出上诉的帮助。该计划将在所有提供者场所提供已填妥地址的信封，以便您邮寄上诉。

我如何知道已就我的上诉做出决定？

您所在县的 DMC-ODS 计划将以书面形式通知您或您的代表关于他们对您的上诉做出的决定。该通知将载明下列信息：

- 上诉解决程序的结果。
- 做出上诉决定的日期。
- 如果该上诉未完全依照对您有利的方式解决，该通知还将包含关于您请求举行州公平听证会的权利，以及提出举行州公平听证会请求的流程的信息。

提出上诉有截止日期吗？

您必须在否决福利裁定通知日期后的 60 天内提出上诉。请记住，您不一定会收到否决福利裁定通知。如果您没有收到否决福利裁定通知，则提出上诉没有截止日期，所以您可以在任何时候提出此类上诉。

何时就我的上诉做出决定？

县计划必须在收到您的上诉要求后 30 天内，针对您的上诉做出决定。如果您请求延期，或县计划认为有需要获取额外

信息，且延期对您有利，则最多可延长 **14** 天。延期对您有利的一个例子是，县计划认为如果有更多时间向您或您的提供者获取信息，其可能可以批准您的上诉。

如果我不能为我的上诉决定等待 **30** 天该怎么办？

如果符合加急上诉程序条件，上诉程序可能会更快完成。

什么是加急上诉？

加急上诉是更快决定上诉的方式。加急上诉程序与标准上诉程序类似。然而，

- 您的上诉必须符合特定要求。
- 加急上诉程序与标准上诉程序的截止期限也不相同。
- 您可以口头提出加急上诉请求。您不必以书面形式提出加急上诉请求。

我何时可以提出加急上诉？

如果您认为为标准上诉决定等待长达 **30** 天将危及您的生命、健康或损害您实现、维持或复康的能力，您可以请求加急解决上诉。如果县计划同意您的上诉符合加急上诉的要求，您所在的县将在县计划收到上诉后 **72** 小时内解决您的加急上诉。如果您请求延期，或县计划表示有需要获取额外信息，且延期对您有利，则最多可延长 **14** 天。如果您的县计划

延长期限，县计划将向您提供一份延长期限原因的书面解释。

如果县计划决定您的上诉不符合加急上诉资格，县计划必须尽合理地努力向您及时发出口头通知，并在 2 天内向您发出该决定理由的书面通知。您的上诉将遵守本节前文中载明的标准上诉时间表。如果您不同意该县关于您的上诉不符合加急上诉标准所做的决定，您可以提出申诉。

一旦您的县计划解决您的加急上诉请求，该计划将以口头和书面方式通知您以及所有受影响的当事人。

州公平听证会程序

什么是州公平听证会？

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

我的州公平听证会权利有哪些？

您有权：

- 在加州社会服务部举行听证会（也称作州公平听证会）
- 被告知如何要求州公平听证会。
- 被告知州公平听证会的代表规则。

- 如果您在规定的时间范围内请求举行州公平听证会，您可以在州公平听证会程序期间，依照您的请求继续享有福利

我何时可以提出举行州公平听证会？

您可以请求举行州公平听证会的时机：

- 若您已经完成县计划上诉程序。
- 若您所在的县或其签约提供者之一因为您不满足医疗必要性标准而决定您不符合接受任何 Medi-Cal SUD 治疗服务的资格。
- 您的提供者认为您需要 SUD 治疗服务并请求县计划批准，但县计划不同意并拒绝您的提供者的请求，或变更服务的类型或次数。
- 若您的提供者已请求县计划批准，但该县需要更多信息来做出决定而且没有准时完成批准流程。
- 您的县计划未根据该县设立的时间表向您提供服务。
- 如果您认为县计划提供的服务未能尽快满足您的需求。
- 如果您的申诉、上诉或加急上诉未能及时解决。
- 如果您和您的提供者在您需要的 SUD 治疗服务上意见相左。

我如何提出州公平听证会请求？

您可以直接向加州社会服务部请求举行州公平听证会。您可以写信至以下单位请求举行州公平听证会：

State Hearings Division

California Department of Social Services

744 P Street, Mail Station 9-17-37,

Sacramento, California 95814

您也可以拨打 1-800-952-8349，听障人士拨打 1-800-952-8349。

提出州公平听证会请求是否有截止日期？

您只有 120 天请求举行州公平听证会。这 120 天从县计划专人给您上诉决定通知后次日起算，或是从县上诉决定通知的邮戳日期次日起算。

如果您没有收到否决福利裁定通知，您可以随时提出州公平听证会请求。

在等待州公平听证会决定期间，我是否可以继续享有服务吗？

是的，如果您目前正在接受治疗并且上诉期间想继续接受治疗，您必须在上诉决定通知加盖邮戳或交付给您之日起 **10** 天内或者在您的县计划说明服务将停止或减少的日期前请求举行州公平听证会。当您要求举行州公平听证会时，您必须表示自己希望继续接受治疗。此外，在等待州公平听证会期间，您不需要为接受的服务付费。

如果您请求继续接受福利，而且最终的州公平听证会决定维持减少或停止您所接受服务的决定，您可能需要支付在公平听证会待决期间的服务费用。

如果我不能为我的州公平听证会决定等待 90 天，该怎么办？

如果您认为正常的 90 天期限将对您的健康造成严重问题，包含您获得、维持或再次获得重要生命机能的能力，您可以请求加急（更快的）州公平听证会。社会服务部州听证部门将审核您的加急州公平听证会请求并决定是否符合资格。如果您的加急州听证会请求获得批准，将在州听证部门收到您的请求日期起 **3** 个工作日内举行听证会并向您发出听证会决定。

关于加州 MEDI-CAL 计划的重要信息

谁可以获得 Medi-Cal？

如果您属于以下人群之一，您可能有资格获得 Medi-Cal:

- 65 岁或以上
- 年龄在 21 岁以下
- 21 至 65 岁之间的成年人，视收入资格而定
- 盲人或残疾人
- 孕妇
- 特定难民或古巴/海地移民
- 在疗养院接受护理

您必须居住在加州才能符合 Medi-Cal 的资格。致电或造访您所在县的社会服务办公室索取 Medi-Cal 申请书，或通过 <http://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/pages/MediCalApplications.aspx> 在网络上获取

我需要为 Medi-Cal 付费吗？

视您每月获得或赚取的收入而定，您可能需要为 Medi-Cal 付费。

- 如果您的收入低于 Medi-Cal 根据您的家庭规模所设的限额，您将无需为 Medi-Cal 服务付费。
- 如果您的收入高于 Medi-Cal 根据您的家庭规模所设的限额，您将需要为您的医疗或 SUD 治疗服务支付部分费用。您支付的金额称为“分摊费用”。您支付“分摊费用”后

，Medi-Cal 将为您支付该月承保医疗账单的剩余部分。在您没有任何医疗支出的月份，您无需支付任何费用。

- 您可能必须为 Medi-Cal 的任何治疗支付“共付费用”，也就是您每次获得医疗或 SUD 治疗服务或处方药物（药品）时的自付费用，以及您为常规服务前往医院急诊室时的共付费用。

您的提供者会告知您是否需要支付共付费用。

Medi-Cal 承保交通服务吗？

如果您在前往医疗预约或药物和酒精治疗预约上遇到问题，Medi-Cal 可以协助您找到交通接送服务。

对于儿童，该县儿童健康和残疾预防 (CHDP) 计划可以提供帮助。您也可能希望联系您所在县的社会服务办公室。您可以通过拨打 714-541-4895 或 949-389-8456 致电县社会服务机构 (SSA (24 小时公共援助热线))。您可以通过拨打 (800) 825-3111 或网查 <http://ssa.ocgov.com/health/medical> 联系该县 Medi-Cal 计划和服务单位。

- 您也可以网查 <http://www.dhcs.ca.gov>，点击“Services”（服务），然后点击“Medi-Cal”在线获取信息。

对于成年人，您所在县的社会服务办公室可以提供帮助。您可以通过拨打 714-541-4895 或 949-389-8456 致电县社会服务机构 (SSA (24 小时公共援助信息热线))。您可以通过拨打

(800) 825-3111 或網查 <http://ssa.ocgov.com/health/medical> 联系该县 Medi-Cal 计划和服务单位。您也可以網查 <http://www.dhcs.ca.gov/>，点击“Services”（服务），然后点击“Medi-Cal”在线获取信息。

- 如果您已经加入 Medi-Cal 管理式照护计划 (MCP)，MCP 应根据《福利与机构法》第 14132(ad) 条规定提供交通服务协助。为所有服务需求提供交通服务，包括 DMC-ODS 未涵盖的服务。

会员权利和责任

作为 DMC-ODS 服务的接受者，我有哪些权利？

作为符合 Medi-Cal 资格并居住于 DMC-ODS 试点计划县的人，您有权从县计划获得医疗上必要的 SUD 治疗服务。您有权：

- 治疗时受到尊重，而且隐私权和维护您的医疗信息保密性的需求获得适当考虑。
- 收到可用的治疗方案和替代方案的信息，该信息以适合会员的状况和理解能力的方式呈现。
- 参与关于您的 SUD 照护的决定，包括拒绝治疗的权利

- 当在医疗上有必要治疗紧急状况、急救或危机状况时，接受及时的照护，包括每周七天，每天 24 小时可用的服务
- 获取本手册中关于该县 DMC-ODS 计划承保的 SUD 治疗服务、县计划的其他义务以及此处所述的您的权利的信息。
- 使您的保密健康信息得到保护。
- 要求并取得您的病历副本，并根据《美国联邦法规》第 45 篇第 164.524 款和第 164.526 款的规定进行修改或订正。
- 根据请求，及时以适合所要求格式的方式，获得替代格式的书面资料（包括盲文、大字版印刷和音频格式）。
- 依据您的首选语言取得口译服务。
- 从县计划获取 SUD 服务。该县计划应遵守其与加州政府签署的合同中有关以下方面的要求：服务可用性、足够能力和服务的保证、照护协调性与持续性，以及服务的承保和授权。
- 若您是未成年人，获得监护人同意授权服务。

如果计划没有能提供服务的员工或签约提供者，及时在网络外获得医疗上必要的服务。“网络外提供者”是指不在县计划提供者名单上的提供者。该县必须确保您不会为了使用网络外的提供者而支付任何额外费用。您可以致电会员服务 (855)625-4657 或受益人专线 (800)723-8641。

了解如何从网络外提供者取得服务。

- 在该县网络内或网络外向符合资格的健康照护专业人员寻求第二意见，您无需支付额外费用。
- 对于机构事宜或接受的照护提出口头或书面申诉。
- 收到否决福利裁定通知后，提出口头或书面上诉。
- 请求举行州 **Medi-Cal** 公平听证会，包括可能举行加急公平听证会情形的信息。
- 免于遭受为强迫、惩戒、便利或报复而实施的任何形式的约束或隔离。
- 自由行使这些权利，不会对县计划、提供者或州对待您的方式产生任何不利影响。

作为 **DMC-ODS** 服务的接受者，我有哪些责任？

作为 **DMC-ODS** 服务的接受者，您有责任：

- 认真阅读您从县计划处取得的会员通知资料。这些资料将有助于您了解可以取得哪些服务，以及需要时如何接受治疗。
- 按照计划接受治疗。如果遵循治疗计划，您将获得最好的效果。如果您确实需要错过预约，请至少在 **24** 小时前致电您的服务提供者，重新安排日期和时间。

- 参加治疗时，请务必携带您的 Medi-Cal（县计划）会员卡 and 带相片的身分证。
- 若需要口译人员，请在预约前告知您的提供者。
- 请将您的所有医疗疑虑告诉提供者，确保您的计划正确无误。您分享的需求信息越完整，您的治疗就会越成功。
- 确保向提供者提出任何疑问。务必完全了解您的治疗方案，以及治疗期间收到的任何其他信息，这一点非常重要。
- 遵守您和您的提供者商定的治疗方案。
- 愿意与向您提供治疗的提供者建立牢固的工作关系。
- 如果您对您的服务有任何疑问，或您与提供者产生了任何您无法解决的问题，请联系县计划。
- 如果您的个人信息有任何变更，请告知您的提供者和县计划。其中包含住址、电话号码和任何其他可能影响您参加治疗的医疗信息。
- 对向您提供治疗的人员给予尊重和礼貌对待。

如果您怀疑存在诈欺或不法行为，请举报。

您可以在工作时间内，拨打全天候的 橙县诈骗热线 (866) 260-5636 或 (714)-568-5614。您可以选择匿名的方式拨打此电话。

如需上網获取本手册和医疗提供者名录，请網查

提供者通讯录

您可以在 <http://www.ocalthinfo.com/DMC-ODS> 上網获取
医疗提供者名录

您还可以拨打 (855) 625-4657 致电会员服务，获取医疗提供者的完整列表，包括提供者的城市、计划名称、计划地址、计划电话号码、计划网站、提供的护理种类、使用的语言、提供者是否完成了文化能力培训、ADA 合规/适用于残疾人、提供者是否正在接受新患者以及是否需要事先获得服务授权。您可以在任何计划提供者处获取医疗提供者的打印版列表，也可以请求会员服务部将其邮寄给您。

照护过渡请求

我何时可以请求保留我以前的、目前在网络外的提供者？

- 加入橙县计划后，如果符合以下条件，您可以请求保留您的网络外提供者：
- 转移到新的提供者会严重损害您的健康，或者增加您住院或入住医疗设施的风险；和

- 在过渡到县计划的日期之前，您正在接受网络外提供者的治疗。

我如何保留网络外提供者？

- 您、您的授权代表或您当前的提供者可采取书面形式向县计划提交请求。您也可以致电会员服务 (855) 625-4657，了解如何请求从网络外提供者处获得服务。
- 县计划将在收到您的请求后发出书面确认，然后在三 (3) 个工作日内开始处理您的请求。

假如在过渡到县计划后我继续接受网络外提供者的服务，会怎么样？

- 您可以在接受网络外提供者的服务后三十 (30) 天内请求对照护请求进行追溯性过渡。

橙县计划为何拒绝我的照护过渡请求？

- 如果出现以下情况，县计划可能会拒绝您保留以前的、目前在网络外的提供者的请求：
- 橙县计划曾记录该提供者的照护质量问题

如果我的照护过渡请求被拒绝会怎么样？

- 假如橙县计划拒绝您的照护过渡，其将：
- 以书面形式通知您；
- 向您提供至少一个网络内替代提供者，其服务水平与该网络外提供者相同；以及
- 告知您如果您不同意该拒绝决定，您有权提出申诉。
- 假如橙县计划为您提供多个网络内替代提供者，但您未作出选择，则县计划将转介或分配您到其中一个网络内提供者并以书面形式通知您该转介或分配事宜。

如果我的照护过渡请求被批准会怎么样？

- 在批准您的照护过渡请求后的七 (7) 日内，橙县计划将为您提供：
- 请求获批函；
- 照护过渡安排的持续时间；
- 持续照护期间结束时将发生的照护过渡程序；
- 您有权随时从橙县计划的提供者网络中选择其他提供者

照护过渡请求的处理速度如何？

- 橙县计划将在收到您的请求日期起三十 (30) 天内审核您的照护过渡请求。

照护过渡期结束时将发生什么？

橙县计划将在照护过渡期结束前三十 (30) 天内以书面形式通知您，照护过渡期结束时将您的照护过渡到网络内提供者的程序。







**Drug Medi-Cal, Organized Delivery System
(DMC-ODS)**

**Orange County
405 W. 5th Street
Santa Ana, CA 92701**