**[NAME of COUNTY]**

**سیستم تحویل سازمان**​**یافته Medi-Cal برای مواد**

**کتابچه راهنمای ذینفع**

**[Drug Medi-Cal Organized Delivery System County**

**Address, City, CA ZIP]**

تاریخ بازنگری: X سپتامبر، 2023

تاریخ اجرا: 1 ژانویه 2024[[1]](#footnote-2)

LANGUAGE TAGLINES

**English Tagline**

ATTENTION: If you need help in your language call [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). These services are free of charge.

**الشعار بالعربية (Arabic)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ [1-xxx-xxx-xxxx]
(TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ [1-xxx-xxx-xxxx]
(TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)։ Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ` Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր։ Զանգահարեք [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)։ Այդ ծառայություններն անվճար են։

**ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 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-xxx-xxx-xxxx]
(TTY: 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-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

**(Farsi) مطلب به زبان فارسی**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

**हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो [1-xxx-xxx-xxxx]
(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

**Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

**한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ
[1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux [1-xxx-xxx-xxxx]
(TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 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-xxx-xxx-xxxx]
(TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711).
ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

**Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру [1-xxx-xxx-xxxx] (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру [1-xxx-xxx-xxxx] (линия TTY:
711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

**Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al [1-xxx-xxx-xxxx]
(TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al
[1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa
[1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 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-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

**แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข
[1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

**Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 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-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 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-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

فهرست مطالب

[سایر زبان‌ها و قالب‌ها 6](#_Toc145590191)

[اعلامیه عدم تبعیض 8](#_Toc145590192)

[اطلاعات کلی 11](#_Toc145590193)

[خدمات 15](#_Toc145590194)

[چگونه خدمات سیستم تحویل سازمان‎​یافته Medi-Cal برای مواد را دریافت کنم 29](#_Toc145590195)

چگونه خدمات سلامت روان دریافت کنم [33](#_Toc145590196)

[معیار دسترسی و ضرورت پزشکی 35](#_Toc145590197)

[انتخاب یک ارائه دهنده 37](#_Toc145590198)

[دسترسی شما به سوابق پزشکی و اطلاعات فهرست ارائه دهندگان با استفاده از دستگاههای هوشمند 40](#_Toc145590199)

[اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب 41](#_Toc145590200)

[فرآیند حل مشکل 45](#_Toc145590201)

[فرآیند شکایت 48](#_Toc145590202)

[فرآیند درخواست تجدید نظر (استاندارد و فوری) 51](#_Toc145590203)

[فرآیند دادرسی عادلانه ایالت 57](#_Toc145590204)

[اطلاعات مهم درباره برنامه MEDI-CAL 61](#_Toc145590205)

[دستورالعمل قبلی 65](#_Toc145590206)

[حقوق و مسئولیت‌های ذینفع 67](#_Toc145590207)

[انتقال درخواست مراقبت 71](#_Toc145590208)

# زبان​ها و قالب​های دیگر

**زبان​های دیگر**

می​توانید این کتابچه راهنمای ذینفع و سایر مطالب طرح را به زبان​های دیگر بدون هیچ هزینه​ای دریافت کنید. ما ترجمه​های کتبی را از مترجمان واجد شرایط ارائه می​دهیم. با شماره [county telephone number] تماس بگیرید (TTY: 711). این تماس رایگان است. [county should enter information as appropriate throughout to match the name county uses. County may also add additional contact information and information on resources available to the beneficiary, such as a beneficiary portal.] برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات کمک زبانی مراقبت​های درمانی، مانند مترجم شفاهی و خدمات ترجمه، این کتابچه راهنمای ذینفع را بخوانید.

**قالب​های دیگر**

می​توانید این اطلاعات را در قالب​های دیگر، مانند خط بریل، فونت درشت 20 ، صوتی و قالب​های الکترونیکی قابل دسترس بدون هزینه دریافت کنید. با شماره [county telephone number] تماس بگیرید (TTY: 711). این تماس رایگان است.

**خدمات مترجم شفاهی**

[county] خدمات ترجمه شفاهی را از طریق یک مترجم شفاهی واجد شرایط به صورت 24 ساعته و بدون هیچ هزینه​ای ارائه می​دهد. 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 اصلا توصیه نمی​کنیم، مگر در شرایط اضطراری. خدمات مترجم شفاهی شفاهی، زبانی و فرهنگی بدون هیچ هزینه​ای 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 [county phone number or interpreter services telephone number] (TTY [interpreter services TTY number یا 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

# اعلامیه عدم تبعیض

تبعیض خلاف قانون است. *[Partner Entity]* تابع قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال است. *[Partner Entity]* 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، آن​ها را حذف نمی​کند، یا با آنها رفتار متفاوتی نمی​کند.

*[Partner Entity]* موارد زیر را ارائه می*​*کند:

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

اگر به این خدمات نیاز دارید ، با [*Partner Entity*] بین ساعات [hours of operation] با شماره [telephone number] تماس بگیرید.یا، اگر نمی*​*توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، لطفاً با شماره [TYY/TDD number] تماس بگیرید. در صورت درخواست، این سند می​تواند در قالب​های بریل، چاپ درشت، صوتی یا الکترونیکی قابل دسترس در اختیار شما قرار گیرد.

**نحوه ثبت شکایت**

 اگر فکر می​کنید که *[Partner Entity]* 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 جنسیتی یا گرایش جنسی تبعیض قائل شده است، می​توانید شکایت خود را به *[Partner Entity’s Civil Rights Coordinator]* تسلیم نمایید. می​توانید شکایت خود را از طریق تلفن، به صورت کتبی، حضوری یا الکترونیکی ارسال کنید:

* از طریق تلفن: بین ساعات [hours of operation] با [Partner Entity’s Civil Rights Coordinator] به شماره *[telephone number]* تماس بگیرید.یا اگر نمی​توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، لطفاً با شماره [TYY/TDD number]تماس بگیرید.
* به صورت نوشتاری: فرم شکایت را پر کنید یا نامه​ای بنویسید و به آدرس زیر ارسال کنید:

*[Partner Entity’s Civil Rights Coordinator, address]*

* حضوری: به مطب پزشک یا [Partner Entity] مراجعه کنید و بگویید که می​خواهید شکایت کنید.
* به صورت الکترونیکی: از وب​سایت [Partner Entity] به نشانی [weblink] دیدن کنید.

**دفتر حقوق مدنی – سازمان خدمات بهداشت و درمان کالیفرنیا**

همچنین می​توانید 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 نمی​توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، لطفاً با **711 (رله ایالت کالیفرنیا)** تماس بگیرید.
* به صورت نوشتاری: فرم شکایت را پر کنید یا نامه​ای به آدرس زیر ارسال کنید:

**Department of Health Care Services**

**Office of Civil Rights**
**P.O. Box 997413, MS 0009**

**Sacramento, CA 95899-7413**

فرم​های 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 می​کنید بر مبنای نژاد، رنگ پوست، منشاء ملی، سن، معلولیت یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته​اید، همچنین می​توانید 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 نمی​توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، لطفا با **TTY/TDD 1-800-537-7697 تماس بگیرید**.
* به صورت نوشتاری: فرم شکایت را پر کنید یا نامه​ای 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**

فرم​های 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؟**

[County to insert a welcome message to new beneficiaries including the basic features of managed care and the service area covered by the Drug Medi-Cal Organized Delivery System county.]

مهم است که بدانید طرح شهرستانی سیستم تحویل سازمان‌یافته Medi-Cal برای مواد چگونه کار می‌کند تا بتوانید مراقبت‌های لازم را دریافت کنید. این کتابچه راهنما مزایای شما و نحوه دریافت مراقبت را توضیح می​دهد. همچنین به بسیاری از سوالات شما پاسخ خواهد داد.

مواردی که فرا خواهید گرفت:

* نحوه دریافت خدمات درمان اختلال مصرف مواد از طریق سیستم تحویل سازمانیافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خود
* به چه مزایایی دسترسی دارید
* اگر سوال یا مشکلی داشتید چه کاری انجام دهید
* حقوق و مسئولیتهای شما به عنوان ذینفع سیستم تحویل سازمانیافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خود

اگر اکنون این کتابچه راهنما را نمی​خوانید، باید آن را نگه دارید تا بتوانید بعداً آن را بخوانید. از این کتابچه راهنما به عنوان مکمل برای کتابچه راهنمای ذینفع که هنگام ثبت نام در مزایای فعلی Medi-Cal خود دریافت کرده​اید استفاده کنید. مزایای Medi-Cal شما میتواند با برنامه مراقبتهای مدیریت شده Medi-Cal یا با برنامه معمولی "Fee for Service" ـMedi-Cal باشد.

**به عنوان ذینفع طرح سیستم تحویل سازمانیافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خود، طرح شما مسئول است که:**

* تعیین آن که آیا معیارهای دسترسی به خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان را از شهرستان یا شبکه ارائه​دهنده آن دارید یا خیر.
* 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.
* ارائه یک شماره تلفن رایگان که 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته پاسخ داده می​شود، که می​تواند به شما بگوید چگونه از سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خدمات دریافت کنید. همچنین می‌توانید با سیستم تحویل سازمان‌یافته مواد در شهرستان به شماره [Drug Medi-Cal Organized Delivery System county to Enter Number Here if Different Than Footer] تماس بگیرید تا در دسترس بودن مراقبت‌های بعد از ساعت کاری را درخواست کنید.
* داشتن ارائه دهندگان کافی نزدیک به شما برای اطمینان از اینکه در صورت نیاز بتوانید خدمات درمانی مصرف مواد تحت پوشش سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان را دریافت کنید.
* اطلاع رسانی و آموزش شما در مورد خدمات موجود در سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان 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.
* ارائه اطلاعات مکتوب درباره آنچه در دسترس شماست به زبان​های دیگر یا قالبهای جایگزین. [County to insert additional information about materials in threshold languages, availability of alternative formats, availability of auxiliary aids and services, etc.]
* 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 سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان دریافت می​کنید تأثیر بگذارد.
* 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.

[County to insert toll-free phone number for beneficiary services and if there is a separate phone line for utilization management contact, please include here.]

**اطلاعات برای ذینفعانی که نیاز به دریافت مطالب به زبان دیگری دارند**

[County To Insert Applicable Information.]

**اطلاعات برای ذینفعانی که در خواندن مشکل دارند**

[County To Insert Applicable Information.]

**اطلاعات برای ذینفعانی که در شنیدن مشکل دارند**

[County To Insert Applicable Information.]

**اطلاعات برای ذینفعانی که در دیدن مشکل دارند**

[County To Insert Applicable Information.]

**اطلاعیه سیاستهای حریم شخصی**

[County To Insert Applicable Information.]

# خدمات

**خدمات سیستم تحویل سازمان**​**یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان چیست؟**

خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان، مراقبت بهداشتی برای افرادی است که دارای مشکل مصرف مواد هستند یا در برخی موارد در معرض خطر ابتلا به مشکل مصرف مواد هستند که ممکن است پزشک اطفال یا پزشک عمومی نتواند آن را درمان کند. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید به بخش «غربالگری، مداخله مختصر، ارجاع به درمان و خدمات مداخله زودهنگام» این اطلاعیه مراجعه کنید.

خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شامل موارد زیر می​گردد:

* خدمات درمان سرپایی
* خدمات درمان سرپایی ویژه
* خدمات بستری جزئی
* خدمات درمانی بستری/اقامتگاهی
* خدمات مدیریت ترک اعتیاد
* خدمات برنامه درمان مواد مخدر
* داروهای درمان اعتیاد (MAT)
* خدمات بهبودی
* خدمات پشتیبانی همتایان
* خدمات هماهنگی درمان
* مدیریت اقتضایی
* بحران سیار

خدمات ارائه شده سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان از طریق تلفن یا درمان از راه دور در دسترس است، به جز ارزیابی​های پزشکی برای خدمات درمان مواد مخدر و مدیریت ترک اعتیاد. اگر می​خواهید درباره هر یک از خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد که ممکن است در دسترس شما باشد اطلاعات بیشتری کسب کنید، به توضیحات زیر مراجعه کنید:

**خدمات درمان سرپایی**

* در صورت نیاز پزشکی خدمات مشاوره​ای به ذینفعان تا 9 ساعت در هفته برای بزرگسالان و کمتر از 6 ساعت در هفته برای ذینفعان زیر 21 سال ارائه می​شود. خدمات ممکن است بر اساس نیازهای پزشکی فردی بیش از حداکثر مجاز ارائه شود. خدمات را می​توان توسط یک متخصص مجاز یا یک مشاور دارای گواهینامه در هر محیط مناسب در جامعه به صورت حضوری، تلفنی یا از طریق درمان از راه دور ارائه کرد.
* خدمات سرپایی شامل ارزیابی، هماهنگی درمان، مشاوره، خانواده درمانی، خدمات دارویی، داروهای درمان اعتیاد برای اختلال مصرف مواد افیونی، داروهای درمان اعتیاد برای اختلال مصرف الکل و سایر اختلالات مصرف مواد غیر افیونی، آموزش بیمار، خدمات بهبودی و خدمات مداخله در بحران اختلال مصرف مواد می​گردد.
* [County] (include any additional information regarding the amount, duration, and scope of benefits available under the Agreement in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled)

**خدمات سرپایی ویژه**

* خدمات سرپایی ویژه به ذینفعان حداقل 9 ساعت تا حداکثر 19 ساعت در هفته برای بزرگسالان و حداقل 6 ساعت تا حداکثر 19 ساعت در هفته برای ذینفعان زیر 21 سال در صورتی که از نظر پزشکی ضروری باشد ارائه می​شود. خدمات در درجه اول شامل مشاوره و آموزش در مورد مشکلات مربوط به اعتیاد است. خدمات می​تواند توسط یک متخصص دارای مجوز یا یک مشاور دارای گواهینامه در یک محیط ساختار یافته ارائه شود. خدمات درمان سرپایی ویژه ممکن است به صورت حضوری، از طریق درمان از راه دور یا از طریق تلفن ارائه شود.
* خدمات سرپایی ویژه شامل همان اجزای خدمات سرپایی است. افزایش تعداد ساعات خدمت تفاوت اصلی آن است.
* [County] (include any additional information regarding the amount, duration, and scope of benefits available under the Agreement in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled)

**بستری جزئی** (بسته به شهرستان متفاوت است)

* ذینفعان زیر 21 سال بدون در نظر گرفتن شهرستان محل سکونتشان ممکن است واجد شرایط استفاده از خدمات تحت غربالگری، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره​ای بشوند
* خدمات بستری جزئی در صورت نیاز پزشکی، شامل 20 ساعت یا بیشتر برنامه​ریزی بالینی ویژه در هفته می​باشد. برنامه​های بستری جزئی معمولاً دسترسی مستقیم به خدمات روان پزشکی، پزشکی و آزمایشگاهی دارند و نیازهای شناسایی شده​ای را برآورده می​کنند که نیاز به نظارت یا مدیریت روزانه دارند، اما می​توانند به طور مناسب در یک محیط کلینیکی سرپایی ویژه رفع شوند. خدمات ممکن است به صورت حضوری، از طریق درمان از راه دور همزمان، یا از طریق تلفن ارائه شوند.
* خدمات بستری جزئی مشابه خدمات سرپایی ویژه است که تفاوت اصلی آن افزایش تعداد ساعات و دسترسی بیشتر به خدمات پزشکی است.
* [County] (include any additional information regarding the amount, duration, and scope of benefits available under the Agreement in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled)
* [County] (include whether the service is available in your county)

**درمان اقامتگاهی (کمپ ترک اعتیاد)** (مشروط به مجوز شهرستان)

* درمان اقامتگاهی یک برنامه اقامتگاهی غیرسازمانی، ۲۴ ساعته غیرپزشکی و کوتاه مدت است که خدمات توانبخشی را به ذینفعانی که تشخیص اختلال مصرف مواد دارند، در صورت تشخیص ضرورت پزشکی ارائه می​دهد. ذینفع باید در داخل ساختمان کمپ زندگی کند و در تلاش خود برای بازیابی، حفظ، بکارگیری مهارت​های زندگی بین فردی و مستقل و دسترسی به سیستم​های حمایتی جامعه پشتیبانی شود. بیشتر خدمات به صورت حضوری ارائه می​شود؛ با این حال درمان از راه دور و تلفن نیز ممکن است برای ارائه خدمات در زمانی که فرد تحت درمان اقامتگاهی است استفاده شود. ارائه دهندگان و ساکنان به طور مشترک برای تعریف موانع، تعیین اولویتها، تعیین اهداف و حل مشکلات مربوط به اختلال مصرف مواد همکاری می​کنند. اهداف شامل حفظ پرهیز، آماده شدن برای محرک​های لغزش، بهبود سلامت فردی و عملکرد اجتماعی و درگیر شدن در مراقبت مداوم است.
* خدمات کمپ ترک اعتیاد نیاز به مجوز قبلی توسط سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان دارد.
* خدمات اقامتگاهی کمپ ترک اعتیاد شامل پذیرش و ارزیابی، هماهنگی مراقبت، مشاوره فردی، مشاوره گروهی، خانواده درمانی، خدمات دارویی، داروهای درمان اعتیاد اختلال مصرف مواد افیونی، داروهای درمان اعتیاد اختلال مصرف الکل و سایر اختلالات مصرف مواد غیر افیونی، آموزش به بیمار، خدمات بهبودی و خدمات مداخله در بحران اختلال مصرف مواد می​باشد.
* ارائه دهندگان خدمات اقامتگاهی موظفند یا داروهایی را برای درمان اعتیاد به طور مستقیم در محل ارائه دهند یا دسترسی به داروهای ترک اعتیاد را در خارج از کمپ در طول درمان اقامتگاهی تسهیل کنند. ارائه دهندگان خدمات اقامتگاهی تنها با ارائه اطلاعات تماس ارائه دهندگان درمان اعتیاد برای دریافت داروها، این الزام را برآورده نمی​کنند. ارائه دهندگان خدمات اقامتگاهی ملزم به ارائه و تجویز دارو به ذینفعان تحت پوشش سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد هستند.
* [County] (include any additional information regarding the amount, duration, and scope of benefits available under the Agreement in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled)

**خدمات درمان بستری** (مشروط به مجوز شهرستان)(براساس شهرستان متفاوت است)

* ذینفعان زیر 21 سال بدون در نظر گرفتن شهرستان محل سکونتشان ممکن است واجد شرایط استفاده از خدمات تحت غربالگری، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره​ای بشوند
* خدمات بستری در یک محیط 24 ساعته ارائه می​شود که ارزیابی مدیریت شده حرفه​ای، مشاهده، نظارت پزشکی و درمان اعتیاد را در یک محیط بستری ارائه می​دهد. بیشتر خدمات به صورت حضوری ارائه می​شود؛ با این حال درمان از راه دور و تلفن نیز ممکن است برای ارائه خدمات در زمانی که فرد تحت درمان بستری است استفاده شود.
* خدمات بستری بسیار ساختار یافته است و احتمالاً یک پزشک به همراه پرستاران دارای مجوز، مشاوران اعتیاد و سایر کارکنان کلینیکی به صورت شبانه روزی در محل در دسترس هستند. خدمات بستری شامل ارزیابی، هماهنگی درمان، مشاوره، خانواده درمانی، خدمات دارویی، داروهای درمان اعتیاد برای اختلال مصرف مواد افیونی، داروهای درمان اعتیاد برای اختلال مصرف الکل و سایر اختلالات مصرف مواد غیر افیونی، آموزش بیمار، خدمات بهبودی و خدمات مداخله در بحران اختلال مصرف مواد می​گردد.
* [County] (include whether the service is available in your county)

**برنامه درمان مواد مخدر**

* برنامه​های درمان مواد مخدر برنامه​هایی سرپایی هستند که در صورت تجویز پزشک در هنگام ضرورت پزشکی داروهای مورد تأیید FDA را برای درمان اختلالات مصرف مواد ارائه می​کنند. برنامه​های درمان مواد مخدر ملزم به ارائه و تجویز دارو به ذینفعان تحت پوشش سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد از جمله متادون، بوپرنورفین، نالوکسان و دی سولفیرام هستند.
* به یک ذینفع باید حداقل 50 دقیقه جلسه مشاوره در هر ماه تقویمی ارائه شود. این خدمات مشاوره را می​توان به صورت حضوری، درمان از راه دور یا تلفنی ارائه کرد. خدمات درمان مواد مخدر شامل ارزیابی، هماهنگی درمان، مشاوره، خانواده درمانی، روان درمانگری پزشکی، خدمات دارویی، داروهای درمان اعتیاد برای اختلال مصرف مواد افیونی، داروهای درمان اعتیاد برای اختلال مصرف الکل و سایر اختلالات مصرف مواد غیر افیونی، آموزش بیمار، خدمات بهبودی و خدمات مداخله در بحران اختلال مصرف مواد می​گردد.
* [County] (include any additional information regarding the amount, duration, and scope of benefits available under the Agreement in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled)

**مدیریت ترک اعتیاد**

* خدمات مدیریت ترک اعتیاد، فوری هستند و به صورت کوتاه مدت ارائه می​شوند. خدمات مدیریت ترک اعتیاد را می​توان قبل از تکمیل ارزیابی کامل ارائه کرد و می​تواند در یک محیط سرپایی، اقامتگاهی یا بستری ارائه شود.
* صرف نظر از محیط آن، ذینفع باید در طول فرآیند مدیریت ترک اعتیاد نظارت شود. ذینفعانی که مدیریت ترک اعتیاد را در یک محیط اقامتگاهی یا بستری دریافت می​کنند باید در این مرکز اقامت کنند. در صورتی که خدمات توانبخشی و بازپروری از نظر پزشکی ضروری باشند توسط یک پزشک مجاز یا تجویزگر مجاز تجویز می​شوند.
* خدمات مدیریت ترک اعتیاد شامل ارزیابی، هماهنگی درمان، خدمات دارویی، داروهای درمان اعتیاد برای اختلال مصرف مواد افیونی، داروهای درمان اعتیاد برای اختلال مصرف الکل و سایر اختلالات مصرف مواد غیر افیونی، مشاهده و خدمات بهبودی می​گردد.
* [County] (include any additional information regarding the amount, duration, and scope of benefits available under the Agreement in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled)

**داروها درمان اعتیاد**

* خدمات دارویی برای درمان اعتیاد در محیط​های بالینی و غیر بالینی موجود است. داروهای درمان اعتیاد شامل تمام داروها و محصولات بیولوژیکی مورد تایید FDA برای درمان اختلال مصرف الکل، اختلال مصرف مواد افیونی و هر گونه اختلال مصرف مواد است. ذینفعان حق دارند داروهایی برای درمان اعتیاد در محل یا از طریق ارجاع به خارج از مرکز به ایشان ارائه شود. لیستی از داروهای تایید شده عبارتند از:
	+ آکامپروسات کلسیم
	+ بوپرنورفین هیدروکلراید
	+ بوپرنورفین با رهش طولانی مدت تزریقی (سابلوکید)
	+ بوپرنورفین/نالوکسان هیدروکلراید
	+ نالوکسون هیدروکلراید
	+ نالترکسون (خوراکی)
	+ سوسپانسیون تزریقی میکروسفر نالترکسون (وی​وی​ترول)
	+ لوفکسیدین هیدروکلراید (لوسمیرا)
	+ دی سولفیرام (آنتابوس)
	+ متادون (ارائه شده توسط برنامه​های درمان مواد مخدر)
* داروهای درمان اعتیاد ممکن است با خدمات زیر ارائه شوند: ارزیابی، هماهنگی مراقبت، مشاوره فردی، مشاوره گروهی، خانواده درمانی، خدمات دارویی، آموزش بیمار، خدمات بهبودی، خدمات مداخله در بحران اختلال مصرف مواد، و خدمات مدیریت ترک اعتیاد. داروهایی برای درمان اعتیاد ممکن است به عنوان بخشی از تمام خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد، از جمله خدمات درمان سرپایی، خدمات سرپایی ویژه، و درمان اقامتگاهی ارائه شوند.
* ذینفعان ممکن است به داروهایی برای درمان اعتیاد در خارج از سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان نیز دسترسی داشته باشند. برای مثال تجویزکنندگان در بخش​های مراقبت اصلی که با برنامه مراقبت​های مدیریت شده Medi-Cal شما (برنامه عادی «خدمات رایگان» Medi-Cal) همکاری می​کنند میتوانند داروهایی مانند بوپرنورفین را که برای درمان اعتیاد در داروخانه تحویل یا توزیع می​شوند را تجویز کنند.
* [County] (include any additional information regarding the amount, duration, and scope of benefits available under the Agreement in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled)

**خدمات پشتیبانی همتایان (بر اساس شهرستان متفاوت است)**

* ذینفعان زیر 21 سال بدون در نظر گرفتن شهرستان محل سکونتشان ممکن است واجد شرایط استفاده از خدمات تحت غربالگری، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره​ای بشوند
* ارائه خدمات پشتیبانی همتایان برای شهرستان​هایی که مشارکت نموده اند اختیاری است. [County should clarify if the county does not cover Peer Support Services for the Drug Medi-Cal Organized Delivery System.]
* 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 سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد دریافت شود. متخصص همتا در خدمات پشتیبانی همتا فردی است که تجربه زیسته با مشکلات سلامت روان یا مصرف مواد داشته و در حال بهبودی ~~با~~ کسی است که 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، گروه​های مهارت​سازی آموزشی، هدایت منابع، خدمات مشارکتی برای تشویق شما به شرکت در درمان سلامت رفتاری و فعالیت​های درمانی مانند ترویج دفاع از خود است.
* [County] (include any additional information regarding the amount, duration, and scope of benefits available under the Agreement in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled)
* [County] (include whether the service is available in your county)

**خدمات بهبودی**

* خدمات بهبودی می​تواند برای بهبودی و سلامتی شما مهم باشد. خدمات بهبودی می​تواند به شما کمک کند تا برای مدیریت سلامت و مراقبت​های درمانی خود به جامعه درمانی متصل شوید. بنابراین، این خدمت تاکید بر نقش شما در مدیریت سلامت خود، استفاده از راهبردهای حمایتی مؤثر خود مدیریتی و سازماندهی منابع داخلی و جامعه برای ارائه پشتیبانی خود مدیریتی مستمر تأکید دارد.
* شما می‌توانید خدمات بهبودی را بر اساس ارزیابی خود یا ارزیابی ارائه دهنده از خطر لغزش دریافت کنید. خدمات ممکن است به صورت حضوری، از طریق درمان از راه دور یا از طریق تلفن ارائه شود.
* خدمات بهبودی شامل ارزیابی، هماهنگی درمان، مشاوره فردی، مشاوره گروهی، خانواده درمانی، نظارت بر بهبودی، و اجزای پیشگیری از لغزش است.
* [County] (include any additional information regarding the amount, duration, and scope of benefits available under the Agreement in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled)

**هماهنگی درمان**

* خدمات هماهنگی درمان شامل فعالیت​هایی برای ارائه هماهنگی درمان اختلال مصرف مواد، درمان سلامت روان، و مراقبت​های پزشکی، و ارائه ارتباط با خدمات و پشتیبانی برای سلامت شما است. هماهنگی درمان با تمام خدمات ارائه می​شود و می​تواند در محیط​های کلینیکی یا غیر کلینیکی، از جمله در جامعه شما انجام شود.
* خدمات هماهنگی درمان شامل هماهنگی با ارائه دهندگان پزشکی و سلامت روان برای نظارت و حمایت از وضعیت سلامتی، برنامه ریزی ترخیص، و هماهنگی با خدمات جانبی از جمله ارتباط دادن شما با خدمات مبتنی بر جامعه مانند مراقبت از کودک، حمل و نقل و مسکن است.
* [County] (include any additional information regarding the amount, duration, and scope of benefits available under the Agreement in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled)

**مدیریت اقتضایی (بر اساس شهرستان متفاوت است)**

* ذینفعان زیر 21 سال بدون در نظر گرفتن شهرستان محل سکونتشان ممکن است واجد شرایط استفاده از خدمات تحت غربالگری، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره​ای بشوند
* ارائه خدمات مدیریت اقتضایی برای شهرستان​هایی که مشارکت نموده اند اختیاری است. [County should clarify if the county does not cover Contingency Management Services.]
* خدمات مدیریت اقتضایی، یک درمان مبتنی بر شواهد برای اختلال مصرف محرک است که در آن ذینفعان واجد شرایط در یک سرویس ساختاریافته 24 هفته​ای مدیریت اقتضایی سرپایی شرکت خواهند کرد و پس از آن شش ماه یا بیشتر خدمات پشتیبانی درمانی و بهبودی اضافی بدون انگیزه انجام می​شود.
* 12 هفته اولیه خدمات مدیریت اقتضایی شامل مجموعه​ای از مشوق​ها برای دستیابی به اهداف درمانی، به ویژه عدم استفاده از محرک​ها (به عنوان مثال، کوکائین، آمفتامین و متامفتامین) است که با آزمایش​های دارویی ادرار تأیید می​شود. مشوق​ها شامل معادل​های نقدی (مثلاً کارت​های هدیه) است.
* خدمات مدیریت اقتضایی فقط برای ذینفعانی در دسترس است که خدماتی را در یک محیط غیراقامتگاهی که توسط ارائه دهنده شرکت کننده اداره می​شود دریافت می​کنند و ثبت نام کردهاند و در یک دوره درمانی جامع و فردی شرکت می​کنند.
* [County] (include any additional information regarding the amount, duration, and scope of benefits available under the Agreement in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled)
* [County] (include whether the service is available in your county)

**خدمات بحران سیار** (بسته به شهرستان متفاوت است)

* ذینفعان زیر 21 سال بدون در نظر گرفتن شهرستان محل سکونتشان ممکن است واجد شرایط استفاده از خدمات تحت غربالگری، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره​ای بشوند
* 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 می​کنید، از جمله در خانه، محل کار، مدرسه یا هر مکان دیگری، به استثنای بیمارستان یا سایر محیطهای درمانی، ارائه می​شوند. 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 می​گردد. اگر به مراقبت بیشتری نیاز دارید، ارائه دهندگان سیار نیز انتقال گرماگرم یا ارجاع به خدمات دیگر را تسهیل خواهند کرد.
* [County] (include any additional information regarding the amount, duration, and scope of benefits available under the Agreement in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled)
* [County] (include whether the service is available in your county)

**غربالگری، ارزیابی، مداخله مختصر و ارجاع به درمان**

غربالگری الکل و مواد مخدر، ارزیابی، مداخلات مختصر و ارجاع به درمان از مزایای سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد نیست. این یک مزیت در سیستم ارائه مراقبت​های مدیریت شده Medi-Cal و Medi-Cal معمولی (Fee-for-Service) برای ذینفعان 11 سال و بالاتر است. برنامه​های مراقبت​های مدیریت شده باید خدمات اختلال مصرف مواد تحت پوشش، از جمله غربالگری، ارزیابی، مداخلات مختصر، و ارجاع به درمان مصرف الکل و مواد مخدر (SABIRT) را برای ذینفعان 11 سال و بالاتر ارائه دهند.

**خدمات مداخله زودهنگام**

خدمات مداخله زودهنگام یک سرویس تحت پوشش سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد برای ذینفعان زیر 21 سال است. هر ذینفع زیر 21 سال که غربالگری می​شود و مشخص می​شود در معرض خطر ابتلا به اختلال مصرف مواد قرار دارد، می​تواند هر خدمتی را که تحت پوشش سطح خدمات سرپایی به عنوان خدمات مداخله زودهنگام طبقه بندی شده است را دریافت کند. تشخیص اختلال مصرف مواد برای خدمات مداخله زودهنگام برای ذینفعان زیر 21 سال لازم نیست.

**غربالگری دوره​ای اولیه، تشخیص و درمان**

ذینفعان زیر 21 سال واجد شرایط دریافت خدماتی هستند که قبلاً در این کتابچه توضیح داده شد و همچنین خدمات اضافی Medi-Cal را از طریق مزایایی به نام غربالگری زودهنگام و دوره ای، تشخیصی و درمانی دریافت کنند.

جهت واجد شرایط بودن برای خدمات غربالگری زودهنگام و دوره ای، تشخیصی و درمانی، یک ذینفع باید زیر 21 سال سن داشته باشد و Medi-Cal کامل داشته باشد. غربالگری زودهنگام و دوره ای، تشخیصی و درمانی خدماتی را پوشش می​دهد که از نظر پزشکی برای اصلاح یا کمک به عیوب و شرایط سلامت جسمی و رفتاری ضروری است. خدماتی که وضعیتی را حفظ، پشتیبانی، بهبود می​بخشد یا قابل تحمل تر می​کند، برای کمک به وضعیت مفید تلقی می​شوند و تحت پوشش خدمات غربالگری، تشخیصی و درمانی زودهنگام و دوره​ای قرار می​گیرند. معیارهای دسترسی برای ذینفعان زیر 21 سال متفاوت و انعطاف پذیرتر از معیارهای دسترسی بزرگسالان به خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد، برای برآورده کردن دستورات زودهنگام و دوره​ای غربالگری، تشخیصی و درمانی، و هدف برای پیشگیری و مداخله زودهنگام شرایط اختلال مصرف مواد است.

اگر درباره خدمات غربالگری، تشخیصی و درمانی زودهنگام و دوره​ای سؤالی دارید، لطفاً با [County to Insert Relevant Information Here] تماس بگیرید یا از [صفحه وب غربالگری، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره​ای DHCS](https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/EPSDT.aspx)بازدید کنید.

**خدمات اختلال مصرف مواد موجود در برنامه​های مراقبت مدیریت شده یا برنامه «معمولی» Medi-Cal "Free for Service"**

برنامه​های مراقبت​های مدیریت شده باید خدمات اختلال مصرف مواد تحت پوشش، از جمله غربالگری، ارزیابی، مداخلات مختصر، و ارجاع به درمان مصرف الکل و مواد مخدر (SABIRT) را برای ذینفعان 11 سال و بالاتر، از جمله اعضای باردار، در محیط مراقبت​های اولیه و غربالگری تنباکو، الکل و مواد مخدر غیرقانونی ارائه دهند. برنامه​های مراقبت​های مدیریت شده همچنین باید داروهایی برای درمان اعتیاد (همچنین به عنوان درمان با کمک دارو شناخته می​شود) را که در مراقبت​های اولیه، بیمارستان​های بستری، بخش​های اورژانس و سایر مراکز پزشکی قراردادی ارائه می​شود را فراهم کنند یا ترتیب دهند. برنامه​های مراقبت​های مدیریت شده همچنین باید خدمات اورژانسی لازم برای تثبیت ذینفع، از جمله سم زدایی داوطلبانه بیماران بستری را ارائه دهند.

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert County specific information here [if any].

# نحوه دریافت خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته MEDI-CAL برای مواد

**چگونه خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته MEDI-CAL برای مواد را دریافت کنم؟**

اگر فکر می​کنید به خدمات درمان مصرف مواد نیاز دارید، می​توانید با درخواست خود از سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خدمات دریافت کنید. می​توانید با شماره تلفن رایگان شهرستان خود که در ابتدای این کتابچه ذکر شده است تماس بگیرید. همچنین می​توانید برای خدمات درمان مصرف مواد به روش​های دیگر سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خود ارجاع داده شوید.

سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما ملزم به پذیرش ارجاع خدمات درمان اختلال مصرف مواد از پزشک، متخصصان سلامت رفتاری، و سایر ارائه دهندگان مراقبت​های اولیه است که فکر می​کنند ممکن است به این خدمات نیاز داشته باشید و از طرف طرح بیمه مراقبت​های مدیریت شده Medi-Cal شما، اگر ذینفع هستید. معمولاً پزشک عمومی یا طرح بیمه مراقبتهای مدیریت شده Medi-Cal برای ارجاع به اجازه شما یا اجازه والدین یا مراقب کودک نیاز دارد، مگر اینکه شرایط اضطراری وجود داشته باشد. افراد و سازمان​های دیگر نیز می​توانند به شهرستان ارجاع دهند، از جمله مدارس، سازمان​های رفاه یا خدمات اجتماعی شهرستان؛ حافظان حقوق، سرپرستان یا اعضای خانواده؛ و سازمان​های مجری قانون.

خدمات تحت پوشش از طریق شبکه ارائه دهنده [Insert County Name] در دسترس است. اگر هر یک از ارائه دهندگان قراردادی مخالف انجام یا پشتیبانی از هر کدام از خدمات تحت پوشش باشند، [Insert County Name] ترتیبی می​دهد که ارائه دهنده دیگری این خدمت را انجام دهد. شهرستان شما نمی​تواند درخواست انجام یک ارزیابی اولیه را برای تعیین اینکه آیا معیارهای دسترسی به خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد را برآورده می​کنید رد کند.

[County should include a description to reflect the transition of care policies for enrollees and potential enrollees.]

**کجا می​توانم خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته MEDI-CAL برای مواد را دریافت کنم؟**

[Insert County Name] در برنامه سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد مشارکت می​کند. از آنجایی که شما ساکن [Insert County Name] هستید، می​توانید خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان محل زندگی خود را از طریق سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد دریافت کنید. برای آن دسته از خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد که در شهرستان شما ارائه نمی​شود، شهرستان شما ترتیبی می​دهد که در صورت لزوم و تناسب، خدمات را خارج از شهرستان دریافت کنید. سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما ارائه دهندگان درمان اختلال مصرف مواد برای درمان مشکلاتی را دارد که تحت پوشش سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان هستند. سایر شهرستان​هایی که در برنامه سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد مشارکت ندارند، می​توانند خدمات مواد Medi-Cal زیر را ارائه دهند:

* درمان سرپایی ویژه
* درمان مواد مخدر
* ~~درمان~~ سرپایی ویژه
* خدمات سوء مصرف مواد اقامتگاهی پیش زایمانی (به استثنای اتاق و غذا)

اگر زیر 21 سال سن دارید، واجد شرایط خدمات غربالگری، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره​ای در هر یک از شهرستان​های ایالت هستید.

**درمان پس از ساعات اداری**

[County should include a description to illustrate the means to accessing after-hours care]

**چگونه بفهمم که به کمک نیاز دارم؟**

بسیاری از مردم دوران سختی در زندگی دارند و ممکن است مشکلات مربوط به مصرف مواد را تجربه کنند. مهمترین چیزی که باید به خاطر بسپارید این است که کمک در دسترس است. اگر واجد شرایط Medi-Cal هستید، و فکر می​کنید ممکن است به کمک حرفه​ای نیاز داشته باشید، باید از ناحیه سیستم تحویل سازمان یافته داروی خود درخواست ارزیابی کنید تا مطمئن شوید که در حال حاضر در یکی از شهرستان​های شرکت کننده در سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد زندگی می​کنید.

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

اگر فکر می​کنید هرگونه علائم مصرف مواد در کودک یا نوجوان شما وجود دارد، می​توانید با سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان مشارکت کننده خود جهت ارزیابی او تماس بگیرید. اگر کودک یا نوجوان شما واجد شرایط Medi-Cal باشد و ارزیابی شهرستان نشان دهد که به خدمات درمان مواد مخدر و الکل تحت پوشش شهرستان مشارکت کننده مورد نیاز است، شهرستان ترتیبی می​دهد که کودک یا نوجوان شما این خدمات را دریافت کند.

**چه زمانی می**​**توانم خدمات سیستم تحویل سازمان**​**یافته MEDI-CAL برای مواد را در شهرستان دریافت کنم؟**

سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما باید استانداردهای تعیین زمان قرار ملاقات ایالتی را جهت تعیین نوبت شما برای دریافت خدمات از سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان، رعایت کند. سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان باید قراری را به شما پیشنهاد دهد که مطابق با استانداردهای زمان قرار زیر باشد:

* ظرف 10 روز کاری پس از درخواست غیر فوری شما برای شروع خدمات با ارائه دهنده اختلالات مصرف مواد برای خدمات سرپایی و خدمات سرپایی ویژه.
* ظرف 3 روز کاری پس از درخواست شما برای خدمات برنامه درمان مواد مخدر.
* اگر در حال گذراندن یک دوره درمانی برای اختلال مصرف مواد مداوم هستید، به استثنای موارد خاصی که توسط ارائه دهنده معالج شما شناسایی شده است، یک قرار ملاقات غیر فوری ظرف 10 روز.

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 خود به شماره [1-XXX-XXX-XXX] 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 می​گیرد که کدام خدمات را دریافت کنم؟**

شما، ارائه​دهنده شما و سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان همگی در تصمیم​گیری در مورد خدماتی که باید از طریق سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان دریافت کنید، دخیل هستید. یک ارائه دهنده خدمات اختلال مصرف مواد با شما صحبت می​کند و از طریق ارزیابی خود به شما کمک می​کند تا خدماتی را که بر اساس نیازهای شما مناسب است، توصیه کند. هنگامی که ارائه دهنده شما این ارزیابی را انجام می​دهد، می​توانید برخی خدمات را دریافت کنید.

اگر زیر 21 سال سن دارید، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان باید خدمات پزشکی ضروری که به اصلاح یا بهبود مشکل سلامت روان شما کمک خواهد کرد را ارائه دهد. خدماتی که وضعیت سلامت رفتاری را حفظ، حمایت، بهبود یا قابل تحمل​تر می​کنند، از نظر پزشکی ضروری تلقی می​شوند.

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert County specific information here [if any].

# نحوه دریافت خدمات سلامت روان

**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. [County can insert more information about the service area covered by the mental health plan]. 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 مشخص میکند که شما معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را دارید یا خیر. اگر داشته باشید، طرح سلامت روان شما را به یک ارائه دهنده سلامت روان ارجاع می​دهد که نیازهای شما را ارزیابی می​کند تا مشخص کند کدام خدمات برای رفع نیازهای شما توصیه می​شود. همچنین اگر به عنوان ذینفع یک طرح مراقبتهای مدیریت شده ثبت نام کردهاید، می​توانید از آنها درخواست ارزیابی کنید. اگر طرح مراقبتهای مدیریت شده شما مشخص کند که شما معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را دارید، طرح مراقبتهای مدیریت شده جهت دریافت خدمات از طرح بیمه سلامت روان یا جهت انتقال خدمات شما از طرح مراقبتهای مدیریت شده به طرح بیمه سلامت روان شما را ارجاع میدهد. هیچ در بسته​ای 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، می​توانید از طریق ارائه دهنده سلامت روان خود به این خدمات دسترسی داشته باشید.

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert County specific information here [if any].

# معیارهای دسترسی و ضرورت پزشکی

**معیارهای دسترسی برای پوشش خدمات درمان اختلال مصرف مواد چیست؟**

به عنوان بخشی از تصمیم گیری در مورد اینکه آیا به خدمات درمان مصرف مواد نیاز دارید یا خیر، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان با شما و ارائه دهنده شما همکاری خواهد کرد تا تصمیم بگیرد که آیا معیارهای دسترسی برای دریافت خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد را دارید یا خیر. این بخش توضیح می​دهد که شهرستان شرکت کننده شما چگونه این تصمیم را خواهد گرفت.

ارائه دهنده شما با شما همکاری خواهد کرد تا یک ارزیابی انجام دهد تا مشخص کند کدام خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد برای شما مناسب تر است. این ارزیابی باید به صورت حضوری، از طریق درمان از راه دور یا از طریق تلفن انجام شود. ممکن است برخی از خدمات را در حین انجام ارزیابی دریافت کنید. پس از اینکه ارائه دهنده شما ارزیابی را کامل کرد، تعیین خواهد کرد که آیا معیارهای دسترسی زیر را برای دریافت خدمات از طریق سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد را دارید یا خیر:

* شما باید در Medi-Cal ثبت نام کنید.
* شما باید در شهرستانی اقامت داشته باشید که در سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد شرکت داشته باشد.
* شما باید حداقل یک تشخیص از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای یک اختلال مرتبط با مواد مخدر و اعتیاد آور (به استثنای اختلالات مرتبط با دخانیات و اختلالات غیر مرتبط با مواد) داشته باشید یا حداقل یک تشخیص از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای اختلالات مرتبط با مواد و اختلالات اعتیادی قبل از زندان یا در حین حبس داشته باشید (به استثنای اختلالات مرتبط با دخانیات و اختلالات غیر مرتبط با مواد).

زمانی که ارائه دهنده تشخیص دهد که این خدمات به اصلاح یا کمک به سوء مصرف مواد یا اختلال مصرف مواد کمک می​کند، حتی اگر تشخیصی قطعی نشده باشد، ذینفعان زیر 21 سال میتوانند تمام خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد را دریافت کنند. حتی اگر شهرستان محل اقامت شما در سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد شرکت نکرده باشد، اگر زیر 21 سال سن دارید، همچنان می​توانید این خدمات را دریافت کنید.

**ضرورت پزشکی چیست؟**

خدماتی که دریافت می​کنید 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. برای ذینفعان زیر 21 سال، زمانی خدمات از نظر پزشکی ضروری است که این خدمات سوء مصرف مواد یا اختلال مصرف مواد را تصحیح کند یا به آن کمک کند. خدماتی که اختلال مصرف مواد یا سوء مصرف مواد را حفظ، پشتیبانی یا قابل تحمل تر می​کند و بهبود میبخشد، برای کمک به وضعیت مفید تلقی می​شوند و تحت پوشش خدمات غربالگری، تشخیصی و درمانی زودهنگام و دوره​ای قرار می​گیرند.

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert County specific information here [if any].

# انتخاب یک ارائه دهنده

**چگونه می​توانم یک ارائه دهنده برای خدمات درمان اختلال مصرف موادی که نیاز دارم پیدا کنم؟**

سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد ممکن است محدودیت​هایی را برای انتخاب ارائه دهندگان شما ایجاد کند. شما می​توانید درخواست کنید که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما یک انتخاب اولیه از ارائه دهندگان را در اختیار شما قرار دهد. سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما نیز باید به شما اجازه دهد ارائه دهندگان را تغییر دهید. اگر بخواهید ارائه دهندگان را تغییر دهید، شهرستان باید به شما اجازه دهد تا حد متناسب و ممکن یک ارائه دهنده انتخاب کنید.

شهرستان شما ملزم است فهرست راهنمای ارائه دهندگان فعلی را به صورت آنلاین ارائه دهد. اگر درباره ارائه​دهندگان فعلی سؤالی دارید یا می​خواهید فهرست به​روزرسانی شده ارائه​دهندگان را داشته باشید، از وب​سایت شهرستان خود بازدید کنید [county to insert a link to provider directory] یا با شماره تلفن رایگان شهرستان تماس بگیرید. فهرست ارائه​دهندگان فعلی به صورت الکترونیکی در وب سایت شهرستان موجود است، یا می​توانید در صورت درخواست، یک نسخه کاغذی از طریق پست دریافت کنید.

گاهی اوقات، ارائه دهندگان قراردادی سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان تصمیم می​گیرند که دیگر به عنوان ارائه دهنده سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خدمات ارائه ندهند یا دیگر با سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان قرارداد نبندند، یا دیگر بیماران سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد را به تنهایی یا بنا به درخواست سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان نپذیرند. هنگامی که این اتفاق می​افتد، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد باید تلاش کند تا ظرف 15 روز پس از دریافت یا صدور اعلامیه خاتمه، به هر فردی که خدمات درمان اختلال مصرف مواد را دریافت می​کرده، اخطار کتبی فسخ ارائه دهنده قراردادی شهرستان را بدهد.

افراد سرخپوست آمریکایی و بومی آلاسکا که واجد شرایط Medi-Cal هستند و در شهرستان​هایی زندگی می​کنند که عضو سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد هستند نیز می​توانند خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان را از طریق ارائه دهندگان مراقبت​های بهداشتی سرخپوست که گواهینامه Medi-Cal مواد را دارند دریافت کنند.

**هنگامی که یک ارائه دهنده پیدا کردم، آیا سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستانمی​تواند به ارائه دهنده بگویید چه خدماتی دریافت کنم؟**

شما، ارائه​دهنده شما و سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان همگی در تصمیم​گیری در مورد خدماتی که باید از طریق شهرستان با پیروی از معیارهای دسترسی برای خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد دریافت کنید، دخیل هستید. گاهی اوقات شهرستان تصمیم گیری را به شما و ارائه دهنده واگذار می​کند. در مواقع دیگر، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان ممکن است از ارائه دهنده شما بخواهد که دلایلی را که ارائه دهنده فکر می​کند شما به خدماتی نیاز دارید قبل از ارائه خدمات نشان دهد. سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان باید از یک متخصص واجد شرایط برای انجام بررسی استفاده کند.

این فرآیند بررسی، فرآیند اجازه طرح نامیده می​شود. مجوز قبلی برای خدمات فقط برای خدمات اقامتگاهی و بستری مجاز است (به استثنای خدمات مدیریت ترک اعتیاد). فرآیند مجوز دهی سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان باید از زمانبندی خاصی پیروی کند. برای یک مجوز استاندارد، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان باید در عرض 14 روز تقویمی درباره درخواست ارائه دهنده شما تصمیم بگیرد.

اگر شما یا ارائه دهنده تان درخواست کنید، یا اگر سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان فکر می​کند که به نفع شماست که اطلاعات بیشتری از ارائه دهنده خود دریافت کنید، جدول زمانی تا 14 روز تقویمی دیگر قابل تمدید است. نمونه​ای از هنگامی که ممکن است تمدید به نفع شما باشد، زمانی است که شهرستان فکر می​کند ممکن است بتواند درخواست ارائه دهنده شما برای اعطای مجوز را در صورتی که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان اطلاعات اضافی از ارائه دهنده شما دریافت کند تایید نماید و مجبور می​بود بدون آن اطلاعات درخواست شما را رد کند. اگر سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان زمان را تمدید کند، شهرستان یک اعلامیه کتبی در مورد تمدید برای شما ارسال می​کند.

اگر شهرستان در بازه زمانی مورد نیاز برای یک درخواست مجوز استاندارد یا سریع تصمیمی نگیرد، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان باید برای شما اعلامیه​ای درباره تعیین مزایای نامطلوب ارسال کند و به شما بگوید که خدمات رد شدهاند و شما می​توانید درخواست تجدید نظر یا درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی کنید.

می​توانید از سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان اطلاعات بیشتری در مورد فرآیند اعطای اجازه آن بخواهید.

اگر با تصمیم منطقه سیستم تحویل سازماندهی شده داروی Medi-Cal در مورد فرآیند مجوز موافق نیستید، می​توانید درخواست تجدید نظر در این شهرستان ارسال کنید یا درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی کنید. برای اطلاعات بیشتر به بخش حل مشکل مراجعه کنید.

**سیستم تحویل سازمان**​**یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان من از کدام ارائه دهندگان استفاده می​کند؟**

اگر به سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان تازه وارد هستید، فهرست کاملی از ارائه دهندگان سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خود را می​توانید در [County to Insert Link to Provider Directory] پیدا کنید که حاوی اطلاعاتی درباره دفاتر ارائه دهندگان، خدمات درمانی اختلال مصرف مواد که ارائه می​کنند و سایر اطلاعات برای کمک به شما در دسترسی به درمان، از جمله اطلاعات مربوط به خدمات فرهنگی و زبانی است که از ارائه دهندگان در دسترس است. اگر سوالی درباره ارائه دهندگان دارید، با شماره تلفن رایگان شهرستان خود که در ابتدای این کتابچه ذکر شده است تماس بگیرید.

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert County specific information here [if any].

# حق شما برای دسترسی به سوابق پزشکی و فهرست اطلاعات ارائه​دهندگان با استفاده از دستگاههای هوشمند

شهرستان شما ملزم به ایجاد و حفظ یک سیستم ایمن است تا بتوانید به سوابق سلامت خود دسترسی داشته باشید و با استفاده از فناوری​های رایج مانند رایانه، تبلت هوشمند یا دستگاه تلفن همراه، یک ارائه​دهنده را پیدا کنید. این سیستم، رابط برنامه نویسی اپلیکیشن دسترسی بیمار (API) نامیده می​شود. 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 می​شود.

[County] (include the location where member education resources can be found on the county’s website).

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert county specific information here [if any].

# اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب

**اگر سیستم تحویل سازمان**​**یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خدماتی را که می​خواهم یا فکر می​کنم به آن نیاز دارم را رد کند، چه حقوقی دارم؟**

اگر سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما خدماتی را که می​خواهید یا فکر می​کنید باید دریافت کنید رد یا محدود کند، کاهش دهد، به تأخیر بیاندازد یا خاتمه دهد، حق دریافت یک اعلامیه کتبی (به نام «اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب») از سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان را دارید. شما همچنین حق دارید با درخواست تجدید نظر، با آن تصمیم مخالفت کنید. بخش​های زیر به حق شما برای دریافت اعلامیه و اینکه در صورت مخالفت با تصمیم سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خود چه باید بکنید، می​پردازد.

**تعیین مزایای نامطلوب چیست؟**

تعیین مزایای نامطلوب به هر یک از اقدامات زیر که توسط سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای

مواد در شهرستان انجام شود گفته می​شود:

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 بازه​های زمانی تعیین شده برای حل شکایات و درخواستهای تجدیدنظر به طور استاندارد (اگر شکایتی را به سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان ارسال کنید و سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان ظرف 90 روز به شکایت شما با یک رای کتبی پاسخ ندهد. اگر به سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان درخواست تجدید نظر بدهید و سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان 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 نامه​ای کتبی است که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما در صورتی برای شما ارسال می​کند که تصمیمی مبنی رد، محدود کردن، کاهش، به تاخیر انداختن یا خاتمه دادن خدماتی که شما و ارائه دهنده شما معتقدید باید دریافت کنید، می​گیرد. این اعلامیه شامل رد کردن پرداخت برای یک خدمت، رد کردن بر اساس ادعای عدم پوشش خدمات، یا رد کردن مبنی بر اینکه سیستم ارائه آن خدمت اشتباه است، یا رد درخواست اعتراض به مسئولیت مالی می​گردد. اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب همچنین برای اطلاع​رسانی 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 سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان برای ارائه خدمات دریافت نکرده باشید استفاده می​شود.

**زمانبندی اعلامیه**

سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان باید حداقل 10 روز قبل از تاریخ اقدام برای خاتمه، تعلیق یا کاهش خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان که قبلاً مجاز بوده است، اعلامیه را برای ذینفع پست کند. سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان همچنین باید ظرف دو روز کاری پس از تصمیم گیری برای رد کردن پرداخت یا برای تصمیماتی که منجر به رد، تأخیر یا تغییر تمام یا بخشی از خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد درخواستی می​شود، اعلامیه را به ذینفع ارسال کند.

**آیا هرگاه قرار باشد خدماتی را که خواهان آن هستم، دریافت نکنم، اعلامیه**​**ای مبنی بر تعیین مزایای نامطلوب دریافت می**​**کنم؟**

بله، شما باید اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب دریافت کنید. با این حال، اگر اعلامیه دریافت نکردید، می​توانید به سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان درخواست تجدیدنظر بدهید یا اگر فرآیند تجدیدنظر را تکمیل کرده​اید، می​توانید درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید. هنگامی که با شهرستان خود تماس برقرار می​کنید، اشاره کنید که شما یک مورد تعیین مزایای نامطلوب را تجربه کرده​اید اما اعلامیه دریافت نکرده​اید. 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.

**اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب به من چه خواهد گفت؟**

اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب به شما می​گوید:

* سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما چه کاری انجام داد که بر شما و امکان دریافت خدمات تأثیر می​گذارد.
* تاریخ لازم الاجرا شدن تصمیم و دلیل تصمیم سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان.
* قوانین ایالتی یا فدرال که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان در هنگام تصمیم گیری از آن پیروی می​کرد.
* اگر با کاری که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان انجام داد موافق نباشید، چه حقوقی دارید.
* نحوه دریافت کپی از مدارک، سوابق و سایر اطلاعات مربوط به تصمیم سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان.
* نحوه ثبت درخواست تجدید نظر در سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان.
* نحوه درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید.
* نحوه درخواست تجدیدنظر فوری یا دادرسی عادلانه فوری ایالتی.
* نحوه دریافت کمک برای درخواست تجدیدنظر یا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی.
* چه مدت برای درخواست تجدید نظر یا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی فرصت دارید.
* حقوق شما برای ادامه دریافت خدمات در زمانی که منتظر تجدیدنظر یا تصمیم دادرسی عادلانه ایالتی هستید، نحوه درخواست تداوم این خدمات و اینکه آیا هزینه​های این خدمات توسط Medi-Cal پوشش داده می​شود.
* 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 می​کنید، باید تمام اطلاعات مندرج در اعلامیه را به دقت بخوانید. اگر اعلامیه را متوجه نشدید، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما می​تواند به شما کمک کند. همچنین می​توانید از شخص دیگری بخواهید که به شما کمک کند.

هنگام ارائه درخواست تجدیدنظر یا درخواست برای دادرسی عادلانه ایالتی، می​توانید 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.

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert County specific information here [if any].

# فرآیند حل مشکل

**اگر خدماتی را که خواهان آن هستم از طرح سیستم تحویل سازمان**​**یافته Medi-Cal برای مواد دریافت نکنم چه می​شود؟**

سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما راهی برای حل مشکل در مورد هر مسئله​ای که مربوط به خدمات درمانی اختلال مصرف مواد است که دریافت می​کنید، دارد. این فرآیند حل مشکل نامیده می​شود و می​تواند شامل فرآیندهای زیر باشد:

1. **فرآیند شکایت –** بیان نارضایتی از هر موردی مربوط به خدمات درمان اختلال مصرف مواد شما، به غیر از تعیین مزایای نامطلوب.
2. **فرآیند تجدیدنظر –** بازنگری یک تصمیم (رد کردن، خاتمه یا کاهش خدمات) که در مورد خدمات درمان اختلال مصرف مواد شما توسط سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان یا ارائه دهنده شما گرفته شده است.
3. **فرآیند دادرسی منصفانه ایالتی –** بررسی می‌کند تا اطمینان حاصل شود خدمات درمان اختلال مصرف مواد را که تحت برنامه Medi-Cal حق دریافت آن را دارید، دریافت می​کنید.

تسلیم شکایت، یا تجدیدنظر یا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی عملی منفی علیه شما حساب نمی​شود و بر خدماتی که دریافت می​کنید تأثیری نخواهد داشت. هنگامی که شکایت یا درخواست تجدیدنظر شما کامل شد، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما و ارائه دهندگان و والدین/سرپرستان را از نتیجه نهایی مطلع می​کند. هنگامی که جلسه دادرسی عادلانه ایالتی شما تکمیل شود، دفتر دادرسی عادلانه ایالتی شما و ارائه دهنده را از نتیجه نهایی مطلع می​کند.

در زیر درباره فرآیند حل هر مشکل بیشتر بدانید.

**آیا می​توانم برای ارائه درخواست تجدید نظر، شکایت یا دادرسی عادلانه ایالتی کمک بگیرم؟**

سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما افرادی را در دسترس خواهد داشت تا این فرآیندها را برای شما توضیح دهند و به شما کمک کنند مشکلی را به عنوان شکایت، درخواست تجدیدنظر یا درخواست برای دادرسی عادلانه ایالتی گزارش کنید. آنها همچنین می​توانند به شما کمک کنند تصمیم بگیرید که آیا واجد شرایط فرآیند فوری هستید یا خیر، به این معنی که سریع​تر بررسی می​شود زیرا سلامت یا ثبات شما در خطر است. همچنین می​توانید به شخص دیگری اجازه دهید تا از جانب شما اقدام کند، از جمله ارائه​دهنده درمان اختلال مصرف مواد شما یا وکیل شما. اگر کمک می​خواهید، با [County to Insert Toll-Free Phone Number] تماس بگیرید. سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما باید در تکمیل فرم​ها و سایر مراحل رویه​ای مربوط به شکایت یا تجدیدنظر به شما کمکی منطقی کند. این شامل، اما نه محدود به، ارائه خدمات مترجم شفاهی و شماره تلفن رایگان با قابلیت TTY/TDD و مترجم شفاهی است.

**اگر برای حل مشکلی در مورد سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خود به کمک نیاز داشته باشم اما نخواهم شکایت یا درخواست تجدیدنظر ارائه کنم، چه؟**

اگر در یافتن افراد مناسب در شهرستان برای کمک به خود در یافتن راه خود در سیستم مشکل دارید، می​توانید از ایالت کمک بگیرید.

میتوانید از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر (به استثنای روزهای تعطیل)، از طریق تلفن 8609-452-888، یا از طریق پست الکترونیکی MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov، با سازمان خدمات بهداشت و درمان، دفتر Ombudsman تماس بگیرید.

**لطفا توجه داشته باشید:** پیام​های ایمیل محرمانه تلقی نمی​شوند. شما نباید اطلاعات شخصی را در ایمیل وارد کنید.

شما می​توانید در دفتر کمک حقوقی محلی خود یا سایر گروه​ها، کمک حقوقی رایگان دریافت کنید. می‌توانید در مورد حقوق دادرسی یا کمک حقوقی رایگان خود از واحد تحقیق و پاسخ عمومی سؤال کنید:

با تلفن رایگان تماس بگیرید: **5253-952-800-1**

اگر ناشنوا هستید و از TDD استفاده می​کنید، با این شماره تماس بگیرید: **8349-952-800-1**

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert County specific information here [if any].

# فرآیند شکایت

**شکایت چیست؟**

شکایت عبارت است از بیان نارضایتی از هر موردی مربوط به خدمات درمان اختلال مصرف مواد که یکی از مشکلات تحت پوشش فرآیندهای تجدیدنظر و دادرسی عادلانه ایالتی نباشد.

فرآیند شکایت:

* شامل روش​های ساده و با درک راحتی است که به شما امکان می​دهد شکایت خود را به صورت شفاهی یا کتبی ارائه دهید.
* به هیچ وجه عملی منفی برای شما یا ارائه​دهنده شما حساب نمی​شود.
* به شما امکان می​دهد به شخص دیگری اجازه دهید از طرف شما اقدام کند از جمله ارائه​دهنده یا وکیل. اگر به شخص دیگری اجازه دهید تا از طرف شما اقدام کند، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان ممکن است از شما بخواهد که فرمی را امضا کنید که به سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان اجازه می​دهد اطلاعات را در اختیار آن شخص قرار دهد.
* اطمینان حاصل می​کند که افرادی که تصمیم می​گیرند واجد شرایط انجام این کار هستند و در هیچ​یک از سطوح قبلی بررسی یا تصمیم​گیری شرکت نداشته​اند.
* نقش​ها و مسئولیت​های شما، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما و ارائه دهنده شما را مشخص می​کند.
* برای شکایت در بازه​های زمانی تعیین شده راه حل ارائه می​کند.

**چه زمانی می​توانم شکایت کنم؟**

اگر از خدمات درمان اختلالات مصرف موادی که از ناحیه سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان دریافت می​کنید ناراضی هستید یا نگرانی دیگری در مورد سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان دارید، می​توانید در هر زمانی شکایت خود را به سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان ارائه دهید.

**چگونه می​توانم شکایت کنم؟**

می​توانید با سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خود تماس بگیرید [County to Insert Toll-Free Phone Number If Different Than the Footer] تا در مورد شکایت کمک بگیرید. شکایات را می​توان به صورت شفاهی یا کتبی مطرح کرد. شکایات شفاهی نیازی به پیگیری کتبی ندارند. اگر می​خواهید شکایت خود را به صورت کتبی ثبت کنید، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان پاکت​های دارای آدرس خود را در تمام مراکز ارائه​دهندگان فراهم نموده است تا شکایت خود را پست کنید. اگر پاکت نامه دارای آدرس ندارید، می​توانید شکایت خود را مستقیماً به آدرسی که در ابتدای این کتابچه راهنمای ارائه شده است، پست کنید.

**چگونه بفهمم که سیستم تحویل سازمان**​**یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شکایت من را دریافت کرده است؟**

سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان 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 می​شود و موافقت می​کنید تا پایان روز کاری بعد رفع شود، معاف است و نامه​ای بابت آن دریافت نمی​کنید.

**چه زمانی در مورد شکایت من تصمیم گیری می​شود؟**

سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان باید ظرف 90 روز تقویمی از تاریخی که شکایت خود را ثبت کرده اید، درباره شکایت شما تصمیم گیری کند. در صورت درخواست تمدید از سوی شما، یا در صورتی که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان به این نتیجه برسد که نیاز به اطلاعات اضافی وجود دارد و تأخیر به نفع شماست، بازه​های زمانی ممکن است تا 14 روز تقویمی تمدید شود. یک مثال از زمانی که تاخیر ممکن است به نفع شما باشد، زمانی است که شهرستان معتقد است اگر سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان اندک 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 سیستم تحویل سازمان**​**یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان درباره شکایت من تصمیم گرفته است یا خیر؟**

هنگامی که تصمیمی در مورد شکایت شما گرفته شد، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان، شما یا نماینده شما را کتباً از تصمیم مطلع می​کند. اگر سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان به موقع شما یا هر یک از طرف​های آسیب​دیده را از تصمیم شکایت مطلع نکند، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان موظف است یک اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب در اختیار شما قرار دهد که به شما در مورد حق شما برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتی اطلاع​رسانی می​کند. سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما ملزم است تا در تاریخ انقضای بازه زمانی، اطلاعیه تعیین مزایای نامطلوب را به شما ارائه دهد.

**آیا مهلتی برای ثبت شکایت وجود دارد؟**

شما می​توانید در هر زمانی شکایت خود را مطرح کنید.

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert County specific information here [if any].

# فرآیند تجدیدنظر (استاندارد و فوری)

سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما مسئول اجازه دادن به شما برای به چالش کشیدن یک تصمیم است که در مورد خدمات درمان اختلال مصرف مواد شما توسط سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان یا ارائه دهندگان شما که با آن موافق نیستید گرفته شده است. دو راه برای درخواست بررسی وجود دارد. یکی از راه​ها استفاده از فرآیند تجدیدنظر استاندارد است. راه دوم 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 مشکلی است که با سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان یا ارائه​دهنده خود دارید که شامل رد یا اعمال تغییرات در خدماتی است که فکر می​کنید به آن نیاز دارید. اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد کنید، بازنگری توسط سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان ممکن است تا 30 روز تقویمی طول بکشد. اگر فکر می​کنید 30 روز تقویمی انتظار سلامتی شما را به خطر می​اندازد، باید درخواست «تجدیدنظر فوری» کنید.

فرآیند استاندارد تجدید نظر:

* به شما این امکان را می​دهد که به صورت حضوری یا تلفنی درخواست تجدید نظر کنید.
* اطمینان حاصل می​کند که درخواست تجدید نظر به هیچ وجه عملی منفی علیه شما یا ارائه دهنده شما نباشد.
* به شما امکان می​دهد به شخص دیگری اجازه دهید از طرف شما اقدام کند از جمله ارائه​دهنده یا وکیل. اگر به شخص دیگری اجازه دهید تا از طرف شما اقدام کند، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان ممکن است از شما بخواهد که فرمی را امضا کنید که به سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان اجازه می​دهد اطلاعات را در اختیار آن شخص قرار دهد.
* در صورت درخواست تجدیدنظر در بازه زمانی تعیین شده، که 10 روز تقویمی از تاریخی است که اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب مهر پست خورده یا شخصاً به شما داده شده است، تداوم مزایای شما را میسر می​سازد. تا زمانی که درخواست تجدیدنظر در حال بررسی است، مجبور نیستید برای تداوم خدمات هزینه پرداخت کنید. اگر درخواست تداوم مزایا را کرده باشید، و تصمیم نهایی درخواست تجدیدنظر، 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 درخواست تجدیدنظر در جریان بوده را بپردازید.
* اطمینان حاصل می​کند که افرادی که تصمیم می​گیرند واجد شرایط انجام این کار هستند و در هیچ​یک از سطوح قبلی بررسی یا تصمیم​گیری شرکت نداشته​اند.
* به شما یا نماینده تان اجازه می​دهد پرونده شما، از جمله سوابق پزشکی شما، و سایر اسناد یا سوابق در نظر گرفته شده در طول فرآیند تجدیدنظر، قبل و در حین آن را بررسی کند.
* به شما اجازه می​دهد تا فرصت معقولی برای ارائه شواهد و ادعاهای قانونی و بر مبنای حقایق، به صورت حضوری یا کتبی داشته باشید.
* به شما، نماینده شما یا وکیل قانونی دارایی یک ذینفع متوفی اجازه می​دهد که به عنوان طرفین تجدیدنظر در نظر گرفته شوید.
* با ارسال تأییدیه کتبی به شما اطلاع می​دهد که درخواست تجدیدنظر شما در حال بررسی است.
* پس از تکمیل فرآیند تجدیدنظر، حق شما را برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتی به شما اطلاع می​دهد.

**چه زمانی می​توانم درخواست تجدید نظر کنم؟**

شما می​توانید درخواست تجدید نظر را در سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خود ثبت کنید.

* در صورتی که شهرستان شما یا یکی از ارائه دهندگان طرف قرارداد شهرستان تصمیم بگیرد که شما واجد شرایط دریافت خدمات درمان اختلال مصرف مواد Medi-Cal نیستید زیرا معیارهای دسترسی را ندارید.
* در صورتی که ارائه​دهنده شما باور داشته باشد که شما به خدمات درمان اختلال مصرف مواد نیاز دارید و از شهرستان درخواست تأیید کند، اما شهرستان موافقت نکند و درخواست ارائه​دهنده شما را رد کند، یا نوع یا دفعات خدمات را تغییر دهد.
* در صورتی که ارائه​دهنده شما از سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان درخواست تأیید کرده باشد، اما شهرستان به اطلاعات بیشتری برای تصمیم​گیری نیاز داشته باشد و فرآیند تأیید را به موقع کامل نکند.
* در صورتی که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما بر اساس زمانبندی​هایی که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان تعیین کرده است، به شما خدمات ارائه ندهد.
* شما باور داشته باشید که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان به این زودی​ها خدماتی را برای رفع نیازهای شما ارائه نخواهد داد.
* در صورتی که شکایت، درخواست تجدیدنظر یا تجدیدنظر فوری شما به موقع حل و فصل نشود.
* در صورتی که شما و ارائه دهنده​تان در مورد خدمات اختلال مصرف موادی که نیاز دارید به توافق نرسید.

**چگونه می​توانم درخواست تجدید نظر کنم؟**

می​توانید با تلفن رایگان سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خود تماس بگیرید تا در مورد درخواست تجدید نظر کمک بگیرید. شهرستان پاکت​های دارای آدرس خود را در تمام مراکز ارائه​دهنده فراهم نموده است تا درخواست تجدیدنظر خود را پست کنید. درخواست تجدیدنظر را می​توان به صورت شفاهی یا کتبی مطرح کرد. اگر پاکت نامه دارای آدرس ندارید، می​توانید درخواست تجدیدنظر خود را مستقیماً به آدرسی که در ابتدای این کتابچه راهنما ارائه شده است پست کنید یا می​توانید درخواست تجدیدنظر خود را از طریق ایمیل یا فکس به [county to Insert E-Mail Address and Fax Number for Appeals] ارسال کنید.

**چگونه می​توانم بفهمم که درخواست تجدید نظر من به نتیجه رسیده است؟**

سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان 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 تقویمی از تاریخ اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب درخواست تجدید نظر کنید. به یاد داشته باشید که همیشه اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب دریافت نخواهید کرد. زمانی که اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب دریافت نمی​کنید، هیچ مهلتی برای ثبت درخواست تجدیدنظر وجود ندارد؛ بنابراین می​توانید این نوع درخواست تجدید نظر را در هر زمانی ارائه دهید.

**چه زمانی درباره درخواست تجدیدنظر من تصمیم گرفته خواهد شد؟**

سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان باید ظرف 30 روز تقویمی از زمانی که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان درخواست شما را برای تجدید نظر دریافت می​کند، در مورد درخواست تجدید نظر شما تصمیم گیری کند. در صورت درخواست تمدید از سوی شما، یا در صورتی که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان به این نتیجه برسد که نیاز به اطلاعات اضافی وجود دارد و تأخیر به نفع شماست، بازه​های زمانی ممکن است تا 14 روز تقویمی تمدید شود. یک مثال از زمانی که تاخیر به نفع شماست، زمانی است که شهرستان معتقد است اگر سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان اندک 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 تصمیم گیری در مورد درخواست تجدیدنظر است. فرآیند فوری درخواست تجدیدنظر از فرآیندی مشابه فرآیند تجدیدنظر استاندارد پیروی می​کند. با این حال، باید نشان دهید که انتظار برای درخواست تجدیدنظر استاندارد می​تواند مشکل مصرف مواد شما را بدتر کند. فرآیند تجدیدنظر فوری مهلت​های متفاوتی نسبت به تجدیدنظر استاندارد دارد. سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان 72 ساعت فرصت دارد تا درخواست​های فوری را بررسی کند. می​توانید درخواست شفاهی برای درخواست تجدیدنظر فوری ارائه دهید. شما مجبور نیستید درخواست تجدیدنظر فوری خود را به صورت کتبی ارسال کنید.

**چه زمانی می​توانم درخواست تجدیدنظر فوری ارائه کنم؟**

اگر فکر می​کنید که انتظار حداکثر 30 روز تقویمی برای یک تصمیم تجدیدنظر استاندارد، زندگی، سلامت یا توانایی شما را برای دستیابی، حفظ یا بازیابی حداکثر عملکرد به خطر می​اندازد، می​توانید درخواست رسیدگی فوری به درخواست تجدیدنظر خود کنید. اگر سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان موافقت کند که درخواست تجدیدنظر شما شرایط درخواست تجدیدنظر فوری را دارد، شهرستان شما ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر توسط سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان، به درخواست تجدیدنظر فوری شما رسیدگی خواهد کرد.

در صورت درخواست تمدید از سوی شما، یا در صورتی که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان نشان دهد که نیاز به اطلاعات اضافی وجود دارد و تأخیر به نفع شماست، بازه​های زمانی ممکن است تا 14 روز تقویمی تمدید شود. اگر سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما بازه​های زمانی را تمدید کند، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان توضیحی کتبی در مورد علت تمدید بازه​های زمانی به شما می​دهد.

اگر سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان تصمیم بگیرد که درخواست تجدیدنظر شما واجد شرایط درخواست تجدیدنظر فوری نیست، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان باید تلاش​های 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 چارچوب​های زمانی استاندارد تجدیدنظر که قبلاً در این بخش ذکر شد، پیروی می​کند. اگر با تصمیم شهرستان موافق نیستید که درخواست تجدیدنظر شما با معیارهای تجدیدنظر فوری مطابقت ندارد، می​توانید شکایت کنید.

هنگامی که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما درخواست تجدیدنظر فوری شما را حل و فصل کرد، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان به شما و همه طرف​های آسیب دیده به صورت شفاهی و کتبی اطلاع خواهد داد.

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert County specific information here [if any].

# فرآیند دادرسی عادلانه ایالتی

**دادرسی عادلانه ایالتی چیست؟**

دادرسی عادلانه ایالتی یک بررسی مستقل است که توسط سازمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا انجام می​شود تا اطمینان حاصل شود که شما خدمات درمان اختلال مصرف مواد را که تحت برنامه Medi-Cal حق دریافت آن را دارید، دریافت می​کنید. 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 سازمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا برگزار شود (که به آن دادرسی ایالتی نیز گفته می​شود).
* درباره نحوه درخواست دادرسی عادلانه ایالتی به شما گفته شود.
* در مورد قوانین حاکم بر وکالت در جلسه دادرسی عادلانه ایالتی به شما گفته شود.
* در صورت درخواست شما برای دادرسی عادلانه ایالتی در بازه​های زمانی تعیین شده، در صورت درخواست شما مزایای شما در طول فرآیند دادرسی عادلانه ایالتی تداوم یابد.

**چه زمانی می​توانم برای دادرسی عادلانه ایالتی اقدام کنم؟**

شما می​توانید درخواست دادرسی عادلانه ایالتی بدهید:

* در صورتی که فرآیند درخواست تجدیدنظر سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان را تکمیل کرده باشید.
* در صورتی که شهرستان شما یا یکی از ارائه دهندگان طرف قرارداد شهرستان تصمیم بگیرد که شما واجد شرایط دریافت خدمات درمان اختلال مصرف مواد Medi-Cal نیستید زیرا معیارهای دسترسی را ندارید.
* در صورتی که ارائه​دهنده شما باور داشته باشد که شما به خدمات درمان اختلال مصرف مواد نیاز دارید و از سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان درخواست تأیید کند، اما سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان موافقت نکند و درخواست ارائه​دهنده شما را رد کند، یا نوع یا دفعات خدمات را تغییر دهد.
* در صورتی که ارائه​دهنده شما از سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان درخواست تأیید کرده باشد، اما شهرستان به اطلاعات بیشتری برای تصمیم​گیری نیاز داشته باشد و فرآیند تأیید را به موقع کامل نکند.
* در صورتی که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما بر اساس زمانبندی​هایی که شهرستان تعیین کرده است، به شما خدمات ارائه ندهد.
* شما باور داشته باشید که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان به این زودی​ها خدماتی را برای رفع نیازهای شما ارائه نخواهد داد.
* در صورتی که شکایت، درخواست تجدیدنظر یا تجدیدنظر فوری شما به موقع حل و فصل نشود.
* در صورتی که شما و ارائه دهنده​تان در مورد خدمات درمان اختلال مصرف موادی که نیاز دارید به توافق نرسید.
* در صورتی که شکایت، درخواست تجدیدنظر یا تجدیدنظر فوری شما به موقع حل و فصل نشود.

**چگونه می​توانم درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنم؟**

شما به صورتهای زیر می​توانید درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید:

* آنلاین به نشانی: [https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do](https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do%2A%2A)
* به صورت نوشتاری: درخواست خود را به اداره رفاه شهرستان به آدرس نشان داده شده در اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب ارسال کنید یا با فکس یا پست به آدرس زیر ارسال 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 5210-651-916 یا 2789-651-916 ارسال کنید.

شما همچنین می​توانید 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 ثبت درخواست دادرسی عادلانه ایالتی وجود دارد؟**

شما فقط 120 روز تقویمی فرصت دارید تا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی نمایید. این 120 روز از تاریخ اعلامیه تصمیم تجدیدنظر کتبی سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شروع می​شود.

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

**آیا می​توانم در حالی که منتظر تصمیم دادرسی عادلانه ایالتی هستم به خدمات تداوم بدهم؟**

بله، اگر در حال حاضر درمان دریافت می​کنید و می​خواهید تا زمانی که در حال درخواست تجدیدنظر هستید، درمان شما تداوم داشته باشد، باید ظرف 10 روز از تاریخی که اعلامیه رای تجدیدنظر مهر پست خورد یا به شما تحویل داده شد یا قبل از تاریخی که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد شهرستان 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 همچنان درمان خود را دریافت کنید. علاوه بر این، تا زمانی که جلسه دادرسی منصفانه ایالتی در حال بررسی است، مجبور نخواهید بود برای خدمات دریافت شده هزینه بپردازید.

اگر درخواست تداوم مزایا 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 خود یا ارائه دهنده دیگری 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.

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert County specific information here [if any].

# اطلاعات مهم در مورد برنامه MEDI-CAL

**آیا حمل و نقل موجود است؟**

اگر برای قرار ملاقات​های پزشکی یا قرار ملاقات​های درمان مواد مخدر و الکل مشکل دارید، برنامه Medi-Cal می​تواند 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 خاصی نیاز پزشکی دارند، خدمات حمل و نقل ارائه می​شود. 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 نمی​توانند 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، می​توانید با سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان برای کمک تماس بگیرید. هنگامی که با شرکت حمل و نقل تماس می​گیرید، آنها اطلاعاتی در مورد تاریخ و زمان قرار ملاقات شما می​خواهند. اگر به حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی نیاز دارید، ارائه​دهنده شما می​تواند حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را تجویز کند و شما را با یک ارائه​دهنده حمل​ونقل ارتباط دهد تا رفتن شما را به محل قرار ملاقات(های) شما و برگشت به منزل هماهنگ نماید.

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert County specific information here [if any].

**خدمات اورژانسی چیست؟**

خدمات اورژانسی در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته ارائه می​گردد. اگر فکر می​کنید در شرایط اورژانسی مرتبط با سلامت هستید، با 911 تماس بگیرید یا برای کمک به نزدیکترین اورژانس بروید.

خدمات اورژانسی خدماتی است که برای یک مشکل پزشکی غیرمنتظره از جمله یک مشکل اورژانسی روانپزشکی ارائه می​گردد.

زمانی یک وضعیت پزشکی اورژانسی وجود دارد که علائمی دارید که باعث درد شدید یا یک بیماری جدی یا آسیب می​شود، به نحوی که یک فرد غیرمتخصص محتاط (یک فرد محتاط بدون دانش پزشکی) باور خواهد داشت که بدون مراقبت پزشکی می​تواند انتظار داشته باشد که:

* سلامتی خود را در معرض خطر جدی قرار دهید، یا
* اگر باردار هستید، سلامتی خود یا فرزند داخل رحم خود را در معرض خطر جدی قرار دهید، یا
* باعث آسیب جدی به نحوه عملکرد بدن شما ​شود، یا
* باعث آسیب جدی به هر بخش یا اندام بدن شود

شما حق دارید که در صورت وقوع یک وضعیت اورژانسی از هر بیمارستانی استفاده کنید. خدمات اورژانسی هرگز نیاز به اجازه قبلی ندارد.

**آیا لازم است برای Medi-Cal هزینه بپردازم؟**

ممکن است مجبور شوید بسته به مقدار پولی که هر ماه دریافت می​کنید یا به دست می​آورید، برای Medi-Cal هزینه بپردازید.

* اگر درآمد شما کمتر از حدود تعیین شده Medi-Cal برای تعداد افراد خانواده شما باشد، مجبور نخواهید بود برای خدمات Medi-Cal هزینه​ای بپردازید.
* 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 می​کنید «سهم هزینه» شما نامیده می​شود. هنگامی که «سهم هزینه» خود را پرداخت کردید، Medi-Cal مابقی قبوض پزشکی تحت پوشش شما را برای آن ماه پرداخت خواهد کرد. در ماه​هایی 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 می​کنید، مبلغی را از جیب خود پرداخت می​کنید.

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

**در صورت داشتن افکار خودکشی با چه کسی تماس بگیرم؟**

اگر شما یا شخصی که می​شناسید 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 برنامه​های سلامت روان محلی، لطفاً با [County to insert 24-hour Crisis Intervention Number(s)] تماس بگیرید.

**برای اطلاعات بیشتر در مورد Medi-Cal به کجا می​توانم مراجعه کنم؟**

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

بازدید کنید.

# دستورالعمل قبلی

**دستورالعمل قبلی چیست؟**

شما حق دارید یک دستورالعمل قبلی داشته باشید. یک دستورالعمل قبلی دستورالعملی کتبی در مورد مراقبت​های درمانی شماست که تحت قانون کالیفرنیا به رسمیت شناخته شده است. این دستورالعمل شامل اطلاعاتی است که بیان می​کند که چگونه می​خواهید خدمات بهداشت و درمان به شما ارائه شود یا می​گوید چه تصمیم​هایی می​خواهید گرفته شود، و زمانی که یا در صورتی که نمی​توانید از جانب خودتان صحبت کنید را بیان می​کند. ممکن است گاهی اوقات بشنوید که به دستورالعمل قبلی، وصیت نامه زنده یا وکالت نامه متداوم گفته می​شود.

قانون کالیفرنیا یک دستورالعمل قبلی را به عنوان یک دستورالعمل شفاهی یا کتبی مراقبت​های درمانی فردی یا یک وکالتنامه (سند کتبی که به کسی اجازه می​دهد برای شما تصمیم بگیرد) تعریف می​کند. سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در تمام شهرستانها ملزم به داشتن سیاست​های دستورالعمل قبلی هستند. در صورت درخواست اطلاعات شما، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما ملزم به ارائه اطلاعات مکتوب در مورد خط مشی​های دستورالعمل قبلی سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان و توضیحی درباره قوانین ایالتی است. اگر مایل به درخواست این اطلاعات هستید، باید برای اطلاعات بیشتر با سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان 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 می​دهد که پیشاپیش بگوید که در صورت عدم توانایی در تصمیم​گیری در مورد بهداشت و درمان، خواسته​هایش چیست. این دستورالعمل می​تواند شامل مواردی مانند حق پذیرش یا امتناع از درمان پزشکی، جراحی، یا سایر انتخاب​های مراقبت​های درمانی باشد. در کالیفرنیا، یک دستورالعمل اولیه شامل دو بخش است:

* انتصاب یک نماینده توسط شما که در مورد مراقبت​های درمانی شما تصمیم می​گیرد؛ و
* دستورالعمل​های مراقبت​های درمانی فردی شما

شما می​توانید از سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان خود یا آنلاین فرمی برای دستورالعمل قبلی دریافت کنید. در کالیفرنیا، شما این حق را دارید که دستورالعمل​های قبلی را به همه ارائه​دهندگان 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، می​توانید نامه​ای به این آدرس ارسال کنید:

California Department of Justice

Attn: Public Inquiry Unit,

P. O. Box 944255

Sacramento, CA 94244-2550

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert County specific information here [if any].

# حقوق و مسئولیت​های ذینفع

**حقوق من به عنوان دریافت کننده خدمات سیستم تحویل سازمان**​**یافته Medi-Cal برای مواد چیست؟**

به عنوان فردی که واجد شرایط Medi-Cal هستید و در یک شهرستان دارای سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد زندگی می​کنید، حق دارید خدمات درمان اختلال مصرف مواد را که از نظر پزشکی ضروری است را از سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان دریافت کنید. شما حق دارید که:

* با شما با احترام رفتار شود و به حق شما برای حفظ حریم خصوصی و نیاز به حفظ محرمانه بودن اطلاعات پزشکی شما توجه شود.
* اطلاعات مربوط به گزینه​های درمانی موجود و گزینه​های جایگزین را به شیوه​ای مناسب با شرایط ذینفع و به نحو قابل فهم دریافت کنید.
* در تصمیم گیری​های مربوط به درمان اختلال مصرف مواد خود، از جمله حق امتناع از درمان، مشارکت کنید.
* دسترسی به موقع به درمان داشته باشید، از جمله ارائه خدمات در 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته، در مواقعی که از نظر پزشکی برای درمان یک وضعیت اورژانسی یا شرایط فوری یا بحرانی ضروری است.
* اطلاعات این کتابچه راهنما را که درباره خدمات درمان اختلال مصرف مواد که تحت پوشش سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان است، سایر تعهدات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان و حقوق خود را که در اینجا توضیح داده شده است دریافت کنید.
* از اطلاعات محرمانه پزشکی شما محافظت شود.
* یک نسخه از سوابق پزشکی خود را بخواهید و دریافت کنید، و درخواست کنید که در صورت نیاز تغییر یابد یا اصلاح شود.
* مطالب نوشتاری را در صورت درخواست در قالب​های جایگزین (شامل خط بریل، چاپ درشت و قالب صوتی) و به موقع متناسب با قالب درخواستی دریافت کنید.
* مطالب نوشتاری را به زبانی که حداقل پنج درصد یا 3000 نفر از ذینفعان سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما به آن تکلم می​کنند دریافت کنید، هر کدام کمتر باشد.
* خدمات ترجمه شفاهی را برای زبان دلخواه خود دریافت کنید.
* از یک سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان که تابع ملزومات قراردادش با ایالت برای زمینه​های در دسترس بودن خدمات، تضمین ظرفیت و خدمات کافی، هماهنگی و تداوم مراقبت، و پوشش و مجوز خدمات است، خدمات درمان اختلال مصرف مواد دریافت نمایید.
* اگر ذینفع زیر 21 سال هستید، به خدمات رضایت صغیر دسترسی داشته باشید.
* در صورتی که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان کارمند یا ارائه دهنده قراردادی نداشته باشد که بتواند خدمات مورد نیاز را ارائه دهد، به خدمات پزشکی ضروری خارج از شبکه دسترسی به موقع داشته باشید. «ارائه​دهنده خارج از شبکه» به معنای ارائه​دهنده​ای است که در فهرست ارائه​دهندگان سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان نیست. شهرستان باید اطمینان حاصل کند که برای مراجعه به ارائه​دهنده خارج از شبکه، هزینه اضافی پرداخت نمی​کنید. میتوانید برای اطلاعات در مورد نحوه دریافت خدمات از یک ارائه دهنده خارج از شبکه با خدمات ذینفع به شماره [County to Insert Toll-Free Phone Number] تماس بگیرید.
* نظر یک متخصص مراقبت​های درمانی واجد شرایط دیگر در داخل شبکه شهرستان، یا یک متخصص خارج از شبکه را بدون هزینه اضافی درخواست کنید.
* شکایات خود را به صورت شفاهی یا کتبی در مورد سازمان یا مراقبت​های دریافتی ثبت کنید.
* پس از دریافت اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب، شامل اطلاعاتی در مورد شرایطی که تحت آن درخواست تجدیدنظر سریع ممکن است، به صورت شفاهی یا نوشتاری درخواست تجدید نظر کنید.
* درخواست یک دادرسی عادلانه ایالتی کنید، شامل اطلاعاتی در مورد شرایطی که تحت آن یک دادرسی سریع ایالتی امکان پذیر است.
* از هر گونه محدودیت یا انزوا که به عنوان وسیله​ای برای اجبار، نظم بخشی، سهولت یا تلافی برای استفاده از مراقبتها استفاده می​شود، به دور باشید.
* برای استفاده از این حقوق بدون تأثیر نامطلوب بر نحوه رفتار ایالت، ارائه دهندگان یا سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان با شما، از تبعیض به دور باشید.

**مسئولیت**​**های من به عنوان دریافت کننده خدمات سیستم تحویل سازمان**​**یافته Medi-Cal برای مواد چیست؟**

به عنوان دریافت کننده خدمات سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد مسئولیت​ دارید که:

* مطالب اطلاع رسانی ذینفع را که از سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان دریافت کرده​اید، به دقت مطالعه کنید. 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 در طی درمان همکاری 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 Medi-Cal (BIC) 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 بپرسید. بسیار مهم است که اطلاعاتی را که در طول درمان دریافت می​کنید کاملاً درک کنید.
* مایل به ایجاد یک رابطه کاری قوی با ارائه دهنده​ای باشید که شما را درمان می​کند.
* اگر در مورد خدمات خود سؤالی دارید یا اگر مشکلی با ارائه دهنده خود دارید که قادر به حل آن نیستید، با سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان تماس بگیرید.
* اگر تغییراتی در اطلاعات شخصی شما رخ داده است به ارائه دهنده و سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان 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:
	+ سازمان خدمات مراقبت درمانی از هر کسی که مشکوک به تقلب، اتلاف یا سوء استفاده از Medi-Cal است می​خواهد با خط تلفن DHCS Medi-Cal Fraud به شماره **1-800-822-6222** تماس بگیرد. اگر احساس می​کنید که یک وضعیت اضطراری رخ داده است، لطفاً برای کمک فوری با **911** تماس بگیرید. این تماس رایگان است و تماس گیرنده می​تواند ناشناس باقی بماند.
	+ همچنین می​توانید تقلب یا سوء استفاده مشکوک را از طریق ایمیل به [fraud@dhcs.ca.gov](file:///C%3A%5CUsers%5CDevin%20McBrayer%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CINetCache%5CContent.Outlook%5C5DDNH5QN%5Cfraud%40dhcs.ca.gov) گزارش دهید یا از فرم آنلاین در <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx> استفاده کنید.

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert County specific information here [if any].

# انتقال درخواست مراقبت

**چه زمانی می​توانم درخواست کنم ارائه دهنده قبلی و فعلی خود را که خارج از شبکه است نگه دارم؟**

* پس از پیوستن به سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان می​توانید درخواست کنید که ارائه دهنده خارج از شبکه خود را برای مدتی نگه دارید اگر:
	+ انتقال به یک ارائه دهنده جدید آسیب جدی به سلامتی شما وارد ​کند یا خطر بستری شدن شما در بیمارستان یا موسسه را افزایش ​دهد؛ و
	+ شما قبل از تاریخ انتقال خود به سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان، از ارائه دهنده خارج از شبکه درمان دریافت می​کردید.

**چگونه می​توانم درخواست کنم که ارائه دهنده خارج از شبکه خود را نگه دارم؟**

* شما، نمایندگان مجاز یا ارائه دهنده فعلیتان، می​توانید درخواستی را به صورت نوشتاریبه سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان ارسال کنید. همچنین می​توانید با خدمات ذینفع بە شمارە [County to Insert Toll-Free Phone Number] برای اطلاعات در مورد نحوه درخواست خدمات از یک ارائه دهنده خارج از شبکه تماس بگیرید.
* سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان تأییدیه کتبی دریافت درخواست شما را ارسال می​کند و ظرف سه (3) روز کاری به درخواست شما رسیدگی می​کند.

**اگر پس از انتقال به سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان همچنان به ملاقات با ارائه دهنده خارج از شبکه خود ادامه دهم، چه؟**

* شما می​توانید درخواست انتقال عطف به ماسبق مراقبت را ظرف سی (30) روز تقویمی پس از دریافت خدمات از یک ارائه دهنده خارج از شبکه ارائه دهید.

**چرا سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان درخواست انتقال مراقبت من را رد می​کند؟**

* سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان می​تواند درخواست شما برای حفظ ارائه دهنده قبلی که اکنون خارج از شبکه است را رد کند، اگر:
	+ سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان مشکلات کیفیت مراقبت ارائه دهنده را مستند کرده باشد.

**اگر درخواست انتقال مراقبت من رد شود چه اتفاقی می​افتد؟**

* اگر سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان، انتقال مراقبت شما را رد کند، این امر:
	+ را به صورت نوشتاری به شما اطلاع خواهد داد؛
	+ حداقل یک ارائه دهنده جایگزین درون شبکه به شما پیشنهاد می​دهد که همان سطح خدمات ارائه دهنده خارج از شبکه را ارائه می​دهد؛ و
	+ در صورت مخالفت با رد، حق خود را برای ارائه شکایت به شما اطلاع می​دهد.
* اگر سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان، چندین گزینه جایگزین ارائه دهنده درون شبکه​ای را به شما پیشنهاد دهد و شما انتخابی نداشته باشید، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان شما را به یک ارائه دهنده درون شبکه ارجاع می​دهد یا منصوب می​کند، و آن ارجاع یا انتصاب را به صورت کتبی به شما اطلاع می​دهد. اگر ارائه دهنده خارج از مراقبت از پذیرش نرخ​های قرارداد منطقه DMC-ODS یا نرخ​های DMC برای خدمات DMC-ODS مربوطه امتناع کند یا اگر ارائه دهنده خارج از مراقبت ارائه دهنده دارای گواهی DMC نباشد.

**اگر درخواست انتقال مراقبت من تایید شود چه اتفاقی می​افتد؟**

* در طی هفت (7) روز پس از تأیید درخواست انتقال مراقبت شما، سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان موارد زیر را به شما ارائه می​دهد:
	+ تایید درخواست؛
	+ مدت زمان انتقال ترتیبات مراقبت؛
	+ فرآیندی که برای انتقال مراقبت شما در پایان دوره تداوم مراقبت رخ می​دهد؛ و
	+ حق شما برای انتخاب ارائه دهنده متفاوت از شبکه ارائه دهنده سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان در هر زمان.

**درخواست انتقال مراقبت من چقدر سریع پردازش می​شود؟**

* سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان بررسی درخواست انتقال مراقبت شما را ظرف سی (30) روز تقویمی از تاریخی که سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان درخواست شما را دریافت کرده است، تکمیل خواهد کرد.

**در پایان دوره انتقال مراقبت من چه اتفاقی می​افتد؟**

* سیستم تحویل سازمان​یافته Medi-Cal برای مواد در شهرستان سی (30) روز تقویمی قبل از پایان دوره انتقال مراقبت، فرآیندی را که برای انتقال مراقبت شما به یک ارائه دهنده درون شبکه در پایان دوره انتقال مراقبت شما رخ خواهد داد، به شما اطلاع خواهد داد.

**اطلاعات ویژه اضافه شهرستان**

Insert County specific information here [if any].

1. دفترچه راهنما باید در زمانی که ذینفع برای اولین بار به خدمات دسترسی پیدا می​کند ارائه شود. [↑](#footnote-ref-2)