**[NAME of COUNTY]**

**طرح بیمه سلامت روان (MHP)**

**کتابچه راهنمای ذینفع**

**خدمات تخصصی سلامت روان**

**Mental health plan 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 مبتلا به معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ درشت 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 5](#_Toc145515680)

اعلامیه عدم تبعیض [8](#_Toc145515681)

اطلاعات کلی [11](#_Toc145515682)

اطلاعات مهم درباره برنامه [MEDI-CAL 14](#_Toc145515683)

[چگونه متوجه شوید که خودتان یا کسی که می‌شناسید به کمک احتیاج دارد 20](#_Toc145515684)

[دسترسی به خدمات سلامت روان تخصصی 24](#_Toc145515685)

[انتخاب یک ارائه دهنده 33](#_Toc145515686)

[حقوق شما برای دسترسی به سوابق پزشکی و استفاده از فهرست اطلاعات ارائه دهندگان 36](#_Toc145515687)

[حیطه خدمات 37](#_Toc145515688)

[تعیین مزایای نامطلوب توسط طرح سلامت روان شما 47](#_Toc145515689)

[فرآیند حل و فصل مشکل: ارائه شکایت یا درخواست تجدیدنظر 51](#_Toc145515690)

[فرآیند شکایت 53](#_Toc145515691)

[فرآیند درخواست تجدیدنظر (استاندارد و فوری) 57](#_Toc145515692)

[فرآیند دادرسی عادلانه ایالتی 62](#_Toc145515693)

[دستورالعمل قبلی 66](#_Toc145515694)

[حقوق و مسئولیت‌های ذینفع 68](#_Toc145515695)

# 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 MHP به شماره [MHP telephone number] تماس بگیرید (TTY: 711). این تماس رایگان است. [County should enter information as appropriate throughout to match the name MHP uses. MHP 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 MHP به شماره [MHP telephone number] تماس بگیرید (TTY: 711). این تماس رایگان است.

**خدمات مترجم شفاهی**

[MHP] خدمات ترجمه شفاهی را از طریق یک مترجم شفاهی واجد شرایط به صورت 24 ساعته و بدون هیچ 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 [MHP 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 [MHP] 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](mailto: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؟**

[Mental health plan can insert a welcome message to new beneficiaries including information about the service area covered by the mental health plan. **Note**: Please adjust pagination and headers as needed.]

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

مواردی که فرا خواهید گرفت:

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

اگر اکنون این کتابچه راهنما را نمی​خوانید، باید آن را نگه دارید تا بتوانید بعداً آن را بخوانید. این کتابچه راهنما و سایر مطالب مکتوب به صورت الکترونیکی در نشانی [mental health plan URL] یا به صورت چاپی از طرح بیمه سلامت روان، به رایگان در دسترس است. اگر می​خواهید نسخه چاپی آن را داشته باشید ، با طرح بیمه سلامت روان خود به شماره [mental health plan to Enter Toll-Free Phone Number Here if Different Than Footer] تماس بگیرید.

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

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

اگر به زبانی غیر از انگلیسی صحبت می​کنید، خدمات مترجم شفاهی رایگان برای شما در دسترس است. با [mental health plan name] به شماره [mental health plan to Insert Toll-Free Phone Number(s) If Different Than Footer] تماس بگیرید. بیمه سلامت روان شما 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته در دسترس است.

همچنین در صورت تمایل به دریافت این کتابچه راهنما یا سایر مطالب نوشتاری در قالب​های جایگزین مانند چاپ درشت، خط بریل یا صدا، می​توانید با طرح بیمه سلامت روان خود به شماره [mental health plan to Insert Toll-Free Phone Number(s)] تماس بگیرید. طرح بیمه سلامت روان شما به شما کمک خواهد کرد.

اگر می​خواهید این کتابچه راهنما یا سایر مطالب نوشتاری را به زبانی غیر از انگلیسی دریافت کنید، با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید. طرح بیمه سلامت روان شما از طریق تلفن به زبان شما به شما کمک می​کند.

این اطلاعات به زبان​های ذکر شده در زیر موجود است.

* [Mental health plan to List Prevalent Languages]

**طرح بیمه سلامت روان من مسئول چه چیزی است؟**

طرح بیمه سلامت روان شما مسئول موارد زیر است:

* دریابید که آیا معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان از شهرستان یا شبکه ارائه​دهنده آن را دارید یا خیر.
* ارائه ارزیابی برای تعیین اینکه آیا به خدمات تخصصی سلامت روان نیاز دارید یا خیر.
* ارائه یک شماره تلفن رایگان که 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته پاسخ داده می​شود، که می​تواند به شما بگوید چگونه از طرح بیمه سلامت روان خدمات دریافت کنید. [Mental health plan to Insert Toll-Free Phone Number(s)].
* داشتن ارائه دهندگان کافی نزدیک به شما برای اطمینان از اینکه در صورت نیاز بتوانید خدمات درمانی سلامت روان تحت پوشش طرح بیمه سلامت روان را دریافت کنید.
* اطلاع رسانی و آموزش شما در مورد خدمات موجود در طرح بیمه سلامت روان شما.
* ارائه خدمات به زبان شما یا توسط مترجم شفاهی (در صورت نیاز) به رایگان و اطلاع رسانی به شما در مورد این که این خدمات مترجم شفاهی در دسترس است.
* ارائه اطلاعات مکتوب درباره آنچه در دسترس شماست به زبان​های دیگر یا اشکال جایگزین مانند خط بریل یا چاپ درشت. [County to insert additional information about materials in prevalent 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 طرح بیمه سلامت روان دریافت می​کنید تأثیر بگذارد.
* هماهنگی مراقبت شما با سایر طرح​ها یا سیستم​های ارائه در صورت نیاز، جهت تسهیل انتقال مراقبت و راهنمایی ارجاعات برای ذینفعان، و حصول اطمینان از این که حلقه ارجاع بسته است و ارائه​دهنده جدید مراقبت از ذینفع را می​پذیرد.
* اگر امکان داشته باشد که تغییر ارائه دهنده باعث آسیب به سلامت شما یا افزایش خطر بستری شدن شما گردد، طرح بیمه باید اطمینان حاصل نماید که برای مدتی به ارائه دهنده قبلی و فعلی خارج از شبکه خود دسترسی دارید.

**اطلاعات ویژه اضافه در مورد طرح بیمه سلامت روان**

Insert mental health plan 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 طرح بیمه سلامت روان 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 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 مستقیماً با ارائه دهنده حمل و نقل غیرپزشکی یا ارائه دهنده خود 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 خدماتی برای ذینفعانی است که یک مشکل پزشکی غیرمنتظره از جمله یک مشکل اورژانسی روانپزشکی را تجربه می​کنند.

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

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

مشکل اورژانسی روانپزشکی زمانی اتفاق می​افتد که یک فرد معمولی فکر کند که فردی:

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

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

**آیا لازم است برای Medi-Cal هزینهبپردازم؟**

اکثر افراد مجبور نیستند برای Medi-Cal هزینه بپردازند. در برخی موارد 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/](https://gcc02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https://988lifeline.org/&data=05%7c01%7cMichele.Taylor%40dhcs.ca.gov%7caef22f6c8c4c4b09708e08da9c1df1b3%7c265c2dcd2a6e43aab2e826421a8c8526%7c0%7c0%7c637993949680656974%7cUnknown%7cTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7c3000%7c%7c%7c&sdata=OKj1U8fayzm4iujxKQlhNGq6Ey3UMPJ24qU9kfCxE1k%3D&reserved=0) 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 [mental health plan to insert 24-hour Crisis Intervention Number(s)] تماس بگیرید.

**اطلاعات ویژه اضافه در مورد طرح بیمه سلامت روان**

Insert mental health plan specific information here [if any].

# 

**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.

# چگونه بفهمیم که شما یا کسی که می​شناسید به کمک نیاز دارد

**چگونه بفهمم که به کمک نیاز دارم؟**

بسیاری از مردم دوران سختی در زندگی دارند و ممکن است مشکل سلامت روان یا مشکلات عاطفی را تجربه کنند. مهمترین چیزی که باید به خاطر بسپارید این است که کمک در دسترس است. اگر شما یا یکی از اعضای خانواده​تان واجد شرایط Medi-Cal هستید و به خدمات سلامت روان نیاز دارید، باید با خط دسترسی طرح بیمه سلامت روان خود به شماره [mental health plan to insert phone number] تماس بگیرید. اگر طرح مراقبتهای مدیریت شده شما به این نتیجه برسد که شما یا یکی از اعضای خانواده به خدمات سلامت روان نیاز دارید که طرح مراقبتهای مدیریت شده آن را پوشش نمی​دهد، آنها نیز می​توانند به شما کمک کنند که با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید. طرح بیمه سلامت روان به شما کمک می​کند تا ارائه دهنده خدماتی را که ممکن است به آن نیاز داشته باشید پیدا کنید.

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

* نگرانی یا ترس بیش از حد
* احساس غم و اندوه بیش از حد
* دشواری تفکر:
  + مشکلات تمرکز، حافظه یا تفکر و گفتار منطقی که توضیح آنها سخت باشد
* تغییرات خلقی شدید، از جمله:
  + احساس خوب بیش از حد، بسیار خرسند و شادمان
  + بیش از حد تحریک پذیر یا عصبانی برای مدت طولانی
* پرهیز از دوستان و فعالیت​های اجتماعی
* مشکلات در روابط با افراد دیگر
* خوابیدن بسیار زیاد یا بسیار کم
* خوردن بسیار زیاد یا بسیار کم
* مشکلاتی در شنیدن، دیدن یا حس کردن چیزهایی که توضیح آنها سخت است یا اکثر مردم می​گویند وجود ندارند
* مشکلات مصرف الکل یا مواد مخدر
* بسیاری از مشکلات جسمی بدون دلایل واضح، مانند:
  + سردرد
  + دل درد
* فکر کردن به خودکشی
* تغییر ناگهانی یا غیر معمول در عملکرد:
  + عدم توانایی در انجام فعالیت​های معمول روزانه، مشکلاتی در کار، مدرسه یا کارهایی که به آن وارد هستید

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

اگر فکر می​کنید هرگونه علائم مشکلات سلامت روان در کودک یا نوجوان شما وجود دارد، می​توانید با خط دسترسی طرح بیمه سلامت روان خود به شماره [mental health plan to insert phone number] یا طرح مراقبتهای مدیریت​شده برای غربالگری و ارزیابی او تماس بگیرید. اگر کودک یا نوجوان شما واجد شرایط Medi-Cal باشد و ارزیابی طرح بیمه سلامت روان نشان دهد که به خدمات تخصصی سلامت روان تحت پوشش طرح بیمه سلامت روان مورد نیاز است، طرح بیمه سلامت روان ترتیبی می​دهد که کودک یا نوجوان شما این خدمات را دریافت کند. اگر طرح مراقبتهای مدیریت شده شما به این نتیجه برسد که کودک یا نوجوان شما به خدمات سلامت روان نیاز دارد که طرح مراقبتهای مدیریت شده آن را پوشش نمی​دهد، آنها نیز می​توانند به شما کمک کنند که با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید. برای والدینی که از والدگری خود احساس ناراحتی می​کنند یا مبتلا به مشکل سلامت روان هستند نیز خدماتی وجود دارد.

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

* دشواری زیاد در تمرکز یا ثابت ماندن، که او را در معرض خطر جسمی قرار دهد یا برایش مشکلاتی در مدرسه ایجاد کند
* نگرانی​ها یا ترس​های شدیدی که مانع فعالیت​های روزانهاش شود
* ترس شدید ناگهانی و بدون دلیل، گاهی با ضربان تند قلب یا تنفس سریع
* احساس غمگینی زیاد یا دوری از دیگران به مدت دو هفته یا بیشتر که در فعالیت​های روزانه مشکل ایجاد ​کند
* نوسانات خلقی شدید که باعث ایجاد مشکلات در روابط ​شود
* تغییرات شدید در رفتار
* نخوردن غذا، استفراغ، یا استفاده از ملین​ها برای کاهش وزن
* استفاده مکرر از الکل یا مواد مخدر
* رفتار خشن و خارج از کنترل که می​تواند به خود یا دیگران آسیب برساند
* برنامه​ریزی جدی یا تلاش برای آسیب رساندن یا کشتن خود
* دعوای مکرر یا استفاده از سلاح یا برنامه جدی برای صدمه زدن به دیگران

**اطلاعات ویژه اضافه در مورد طرح بیمه سلامت روان**

Insert mental health plan specific information here [if any].

# 

# دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان

**خدمات تخصصی سلامت روان شامل چه مواردیست؟**

خدمات تخصصی سلامت روان، خدماتی برای افرادی است که مبتلا به مشکل سلامت روان یا دچار مشکلات عاطفی هستند که ممکن است پزشک اطفال یا پزشک عمومی نتواند آنها را درمان کند. این مشکلات به اندازه​ای شدید هستند که مانع از توانایی فرد برای ادامه فعالیت​های روزانه خود می​شوند.

خدمات تخصصی سلامت روان عبارتند از:

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

علاوه بر خدمات تخصصی سلامت روان ذکر شده در بالا، ذینفعان زیر 21 سال به خدمات سلامت روان اضافی تحت مزایای غربالگری زودهنگام و دورهای، تشخیصی و درمانی دسترسی دارند. آن خدمات عبارتند از:

* خدمات ویژه در منزل
* هماهنگی مراقبت​های ویژه
* خدمات رفتار درمانی
* مراقبت درمانی در شبه خانواده

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

**چگونه می​توانم خدمات تخصصی سلامت روان دریافت کنم؟**

اگر فکر می​کنید به خدمات تخصصی سلامت روان نیاز دارید، می​توانید با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید تا غربالگری اولیه را دریافت کنید و برای ارزیابی قرار ملاقاتی تعیین کنید. می​توانید با شماره تلفن رایگان شهرستان خود تماس بگیرید. همچنین اگر ذینفع طرح مراقبتهای مدیریت شده هستید، می​توانید از آنها درخواست خدمات سلامت روان کنید. اگر طرح مراقبتهای مدیریت شده مشخص کند که شما معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را دارید، طرح مراقبتهای مدیریت شده به شما کمک می​کند تا جهت دریافت خدمات سلامت روان از طریق طرح بیمه سلامت روان مورد ارزیابی قرار گیرید. 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.

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

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

**از کجا می​توانم خدمات تخصصی سلامت روان دریافت کنم؟**

شما می​توانید خدمات تخصصی سلامت روان را در شهرستان محل زندگی خود و در صورت لزوم در خارج از شهرستان خود دریافت کنید. [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 به شما کمک می​کند تا ارائه دهنده​ای را پیدا کنید که بتواند مراقبت​های مورد نیاز شما را به شما ارائه کند. طرح بیمه سلامت روان باید شما را به ارائه دهندهای که به خانه شما نزدیکتر است یا در فاصله زمانی یا مسافتی استاندارد با شما قرار دارد و میتواند نیازهای شما را برآورده کند ارجاع دهد.

**چه زمانی می​توانم خدمات تخصصی سلامت روان دریافت کنم؟**

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

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

با این حال، اگر ارائه دهنده شما تشخیص داده باشد که زمان انتظار طولانی تر از نظر پزشکی مناسب است و برای سلامتی شما مضر نیست، ممکن است این زمان​ها طولانی تر باشد. اگر به شما گفته شده که در لیست انتظار قرار گرفته​اید و احساس می​کنید که این مدت زمان برای سلامتی شما مضر است، با طرح بیمه سلامت روان خود به شماره [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 طرح بیمه سلامت روان همگی در تصمیم​گیری در مورد خدماتی که باید از طریق طرح بیمه سلامت روان دریافت کنید، دخیل هستید. یک متخصص سلامت روان با شما صحبت می​کند و به شما کمک می​کند تا مشخص کنید که چه نوع خدمات تخصصی سلامت روان مناسب نیازهای شماست.

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

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

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

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

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

اگر طرح بیمه سلامت روان خدمات درخواستی را رد کرد، به تأخیر انداخت، کاهش داد یا خاتمه داد، طرح بیمه سلامت روان باید یک اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب برای شما ارسال کند و به شما بگوید که آن خدمات رد شده، تأخیر، کاهش یا خاتمه یافته است، به شما اطلاع می​دهد که می​توانید درخواست تجدید نظر بدهید و اطلاعاتی در مورد نحوه ثبت درخواست تجدید نظر به شما بدهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود برای ثبت شکایت یا تجدیدنظر در زمانی که با تصمیم طرح بیمه سلامت روان خود مبنی بر رد خدمات خود یا انجام سایر اقداماتی که با آن مخالفید، موافق نیستید، به بخش تعیین مزایای نامطلوب توسط سلامت روانی خود در صفحه [mental health plan to Insert Correct Page Number Prior to Publishing] این کتابچه راهنمامراجعه 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 افراد زیر 21 سال، زمانی خدمات از نظر پزشکی ضروری است که وضعیت سلامت روان را اصلاح کند، حفظ کند، حمایت کند، بهبود بخشد یا قابل تحمل تر کند. خدماتی که وضعیت سلامت روان را حفظ، پشتیبانی، بهبود می​بخشد یا قابل تحمل تر می​کند، از نظر پزشکی ضروری تلقی می​شوند و تحت پوشش خدمات غربالگری، تشخیصی و درمانی زودهنگام و دوره​ای قرار می​گیرند.

**چگونه می​توانم سایر خدمات سلامت روان را که تحت پوشش طرح بیمه سلامت روان نیستند دریافت کنم؟**

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

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

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

هر داروخانه​ای که Medi-Cal را می​پذیرد می​تواند داروهای نسخه​های درمانی مشکلات سلامت روان را ارائه دهد. لطفاً توجه داشته باشید که اکثر داروهای نسخه​ای که توسط داروخانه تجویز می​شوند، به نام Medi-Cal Rx، تحت پوشش برنامه Fee-For-Service Medi-Cal هستند، نه طرح مراقبتهای مدیریت شده شما.

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

اگر در یک طرح مراقبتهای مدیریت شده هستید، این طرح مسئول پیدا کردن یک ارائه دهنده برای شما است. اگر در یک طرح مراقبتهای مدیریت شده ثبت نام نکرده​اید و Medi-Cal "معمولی" دارید که Fee-For-Service Medi-Cal نیز نامیده می​شود، می​توانید به هر ارائه دهنده​ای که Medi-Cal را می​پذیرد مراجعه کنید. قبل از شروع دریافت خدمات، باید به ارائه دهنده خود بگویید که Medi-Cal دارید. در غیر این صورت، ممکن است برای آن خدمات صورتحساب دریافت کنید.

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

**اگر مشکل الکل یا مواد مخدر داشته باشم چه می​شود؟**

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

[County to insert Drug Medi-Cal Organized Delivery System or Drug Medi-Cal information here.]

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

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

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

**اطلاعات ویژه اضافه در مورد طرح بیمه سلامت روان**

Insert mental health plan specific information here [if any].

# انتخاب یک ارائه دهنده

**چگونه می​توانم یک ارائه دهنده برای خدمات تخصصی سلامت روانی که نیاز دارم پیدا کنم؟**

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

طرح بیمه سلامت روان ممکن است محدودیت​هایی را برای انتخاب ارائه دهندگان شما ایجاد کند. هنگامی که برای اولین بار شروع به دریافت خدمات تخصصی سلامت روان می​کنید، می​توانید درخواست کنید که طرح بیمه سلامت روان شما یک انتخاب اولیه از حداقل دو ارائه دهنده را در اختیار شما قرار دهد. طرح بیمه سلامت روان شما باید به شما اجازه دهد ارائه دهندگان را نیز تغییر دهید. اگر بخواهید ارائه دهندگان را تغییر دهید، طرح بیمه سلامت روان باید به شما اجازه دهد تا حد امکان بین حداقل دو ارائه دهنده یکی را انتخاب کنید.

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

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

**آیا می​توانم به دریافت خدمات از ارائه دهنده فعلی خود ادامه دهم؟**

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

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

* شما یک رابطه مداوم با ارائه دهنده​ای که درخواست می​کنید دارید و در 12 ماه گذشته نزد آن ارائه دهنده رفتهاید.
* ارائه دهنده واجد شرایط است و الزامات Medi-Cal را برآورده می​کند؛ ~~و~~
* ارائه دهنده با الزامات طرح بیمه سلامت روان برای قرارداد با طرح بیمه سلامت روان و پرداخت هزینه خدمات موافقت می​کند؛ و
* ارائه دهنده اسناد مربوطه را در مورد نیاز شما به خدمات با طرح بیمه سلامت روان به اشتراک می​گذارد

**اطلاعات ویژه اضافه در مورد طرح بیمه سلامت روان**

Insert mental health plan specific information here [if any].

# حق شما برای دسترسی به سوابق پزشکی و استفاده از فهرست اطلاعات ارائه​دهنده

شهرستان شما ملزم به ایجاد و حفظ یک سیستم ایمن است تا بتوانید به سوابق پزشکی 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 website.)

**اطلاعات ویژه اضافه در مورد طرح بیمه سلامت روان**

Insert mental health plan specific information here [if any].

# 

# 

# حوزه خدمات

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

**خدمات سلامت روان**

* خدمات سلامت روان خدمات درمانی فردی، گروهی یا خانوادگی است که به افراد مبتلا به بیماری​های روانی کمک می​کند تا مهارت​های مقابله​ای را برای زندگی روزمره توسعه دهند. این خدمات همچنین شامل کارهایی می​شود که ارائه​دهنده برای کمک به بهتر شدن خدمات برای دریافت کننده خدمات انجام می​دهد. این موارد عبارتند از: ارزیابی برای اینکه ببینند آیا به خدمات نیاز دارید یا خیر و این که این خدمات چگونه جواب می​دهد؛ برنامه ریزی درمانی برای تصمیم گیری در مورد اهداف درمان سلامت روان شما و خدمات خاصی که ارائه خواهد شد؛ و افراد «جانبی»، که به معنای کار کردن با اعضای خانواده و افراد مهم زندگی​تان است (اگر اجازه بدهید) تا به شما کمک کنند توانایی​های زندگی روزانه​تان را بهبود ببخشید یا حفظ کنید. خدمات سلامت روان را می​توان در یک کلینیک یا مطب ارائه دهنده، یا در خانه خود یا محیطهای دیگر جامعه، از طریق تلفن یا از طریق درمان از راه دور (که شامل تعاملات صوتی و تصویری است) ارائه کرد. [County] (to include any additional information regarding: the amount, duration, and scope of benefits available under the Contract in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled. (42 C.F.R. § 438.10(g)(2)(iii)).

**خدمات پشتیبانی دارویی**

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

**سامانبخشی هدفمند بیمار**

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

**خدمات مداخله در بحران**

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

**خدمات تثبیت بحران**

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

**خدمات درمان اقامتگاهی بزرگسالان**

* این خدمات، درمان سلامت روان و مهارت​سازی را برای افرادی ارائه می​کند که در مراکز مجازی زندگی می​کنند که خدمات درمانی اقامتگاهی را برای افراد مبتلا به مشکل سلامت روان ارائه می​کنند. این خدمات 24 ساعته و هفت روز هفته در دسترس است. Medi-Cal هزینه اتاق و غذا را برای حضور در مرکز ارائه خدمات درمانی اقامتگاهی بزرگسالان پوشش نمی​دهد.

**خدمات درمان اقامتگاهی بحران**

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

**خدمات ویژه درمان روزانه**

* این یک برنامه ساختاریافته درمان سلامت روان است که برای گروهی از افرادی که ممکن است نیاز به بستری در بیمارستان یا مرکز مراقبت 24 ساعته دیگری داشته باشند ارائه می​شود. این برنامه حداقل سه ساعت در روز طول می​کشد. این برنامه شامل فعالیت​ها و درمان​های مهارت افزایی و همچنین روان درمانی است.

**توانبخشی روزانه**

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

**خدمات بیمارستانی بستری روانپزشکی**

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

**خدمات مراکز درمانی روانپزشکی**

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

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

* ارائه خدمات پشتیبانی همتایان برای شهرستان​ها اختیاری است. [County should clarify if the county does not cover Peer Support Services for the Specialty Mental Health Services 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 تخصصی سلامت روان دریافت شود. متخصص همتا فردی است که تجربه زیسته با مشکلات سلامت روان یا مصرف مواد داشته و در حال بهبودی است و الزامات برنامه صدور گواهینامه مورد تایید ایالت یک شهرستان را تکمیل کرده باشد، و توسط شهرستان​ها تایید شده باشد، و این خدمات را تحت هدایت یک متخصص رفتار درمانی که در ایالت کالیفرنیا مجوز دریافت کرده، دارای معافیت بوده یا ثبت نام کرده باشد.
* خدمات پشتیبانی همتایان شامل مربیگری فردی و گروهی، 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)

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

* اگر با بحران سلامت روان و/یا مصرف مواد مواجه هستید ("بحران سلامت رفتاری")، خدمات بحران سیار در دسترس است. خدمات بحران سیار خدماتی است که توسط متخصصان درمان در مکانی که در آن بحران را تجربه می​کنید، از جمله در خانه، محل کار، مدرسه یا هر مکان دیگری، به استثنای بیمارستان​ها 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)

**آیا خدمات ویژه​ای برای کودکان و/یا جوانان زیر 21 سال موجود است؟**

ذینفعان زیر 21 سال واجد شرایط دریافت خدمات Medi-Cal اضافی از طریق مزایایی به نام غربالگری زودهنگام و دوره​ای، تشخیصی و درمانی هستند.

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 برای اصلاح یا بهبود وضعیت سلامت رفتاری ضروری است. خدماتی که وضعیت سلامت رفتاری را حفظ و حمایت کرده، بهبود می​بخشد یا قابل تحمل تر می​کند، برای بهبود مشکل سلامت روان در نظر گرفته می​شود و به نوبه خود از نظر پزشکی ضروری است و تحت عنوان خدمات غربالگری، تشخیصی و درمانی زودهنگام و دوره​ای پوشش داده می​شود.

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

**خدمات رفتار درمانی**

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

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

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

خدمات رفتار درمانی به شما و خانواده، مراقب یا سرپرستتان کمک می​کند تا راه​های جدیدی برای رفع رفتار مشکل​ساز و راه​های افزایش انواع رفتارهایی که به شما امکان موفقیت می​دهد را بیاموزید. شما، کارمند خدمات رفتار درمانی و خانواده، مراقب یا قیم شما با هم به عنوان یک تیم برای رفع رفتارهای مشکل ساز برای مدت کوتاهی همکاری خواهید کرد تا زمانی که دیگر به خدمات رفتار درمانی نیاز نداشته باشید. شما یک طرح خدمات رفتار درمانی خواهید داشت که می​گوید شما، خانواده، مراقب یا قیم شما، و کارمند خدمات رفتار درمانی در طول خدمات رفتار درمانی چه کاری انجام می​دهید، و اینکه خدمات رفتار درمانی چه زمانی و در کجا انجام می​شود. کارمند خدمات رفتار درمانی می​تواند در بیشتر مکان​هایی که احتمالاً برای رفتار مشکل دار خود به کمک نیاز دارید، با شما کار کند. این شامل خانه شما، شبه خانواده، خانه گروهی، مدرسه، برنامه درمانی روزانه و سایر مناطق در جامعه می​شود.

**هماهنگی مراقبت​های ویژه**

هماهنگی مراقبت​های ویژه یک سرویس سامانبخشی هدفمند بیمار است که ارزیابی برنامه​ریزی مراقبت و هماهنگی خدمات را برای ذینفعان زیر 21 سال که واجد شرایط کامل خدمات Medi-Cal هستند و برای این خدمات بر اساس ضرورت پزشکی ارجاع می​شوند، تسهیل می​کند.

خدمات هماهنگی مراقبت​های ویژه از طریق اصول مدل عملکرد هسته یکپارچه ارائه می​شود، از جمله ایجاد تیم کودک و خانواده برای اطمینان از تسهیل روابط همکاری بین کودک، خانواده او و سیستم​های درگیر در خدمت به کودک.

تیم کودک و خانواده شامل حمایت​های رسمی (مانند هماهنگ​کننده مراقبت، ارائه​دهندگان و مدیران پرونده از موسسات خدمات کودک)، حمایت​های طبیعی (مانند اعضای خانواده، همسایگان، دوستان و روحانیون) و سایر افرادی است که با هم کار می​کنند تا برنامه مددجو را توسعه داده و اجرا نموده و مسئولیت حمایت از کودکان و خانواده​های آنها را در دستیابی به اهدافشان بر عهده دارند. هماهنگی مراقبت​های ویژه همچنین یک مسئول هماهنگی مراقبت​های ویژه دارد که:

* اطمینان حاصل می​کند که خدمات ضروری پزشکی به شیوه​ای مبتنی بر نقاط قوت، فردمحور، مشتری​محور و از نظر فرهنگی و زبانی شایسته در دسترس قرار گرفته، هماهنگی و ارائه می​شود.
* اطمینان حاصل می​کند که خدمات و حمایت​ها بر اساس نیازهای کودک هدایت می​شوند.
* یک رابطه همکاری بین کودک، خانواده او و سیستم​های درگیر در ارائه خدمات به آنها را ایجاد می​کند.
* از والدین/مراقب در رفع نیازهای فرزندشان حمایت می​کند.
* به ایجاد تیم کودک و خانواده کمک می​کند و پشتیبانی مداوم ارائه می​دهد.
* مراقبت را در بین ارائه دهندگان و سیستم​های خدمات کودک سازماندهی و مطابقت می​دهد تا به کودک امکان دریافت خدمات در جامعه خود را بدهد.

**خدمات ویژه در منزل**

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

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

**مراقبت درمانی در شبه خانواده**

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

**خدمات قابل دسترس از طریق تلفن یا درمان از راه دور**

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

**اطلاعات ویژه اضافه در مورد طرح بیمه سلامت روان**

Insert mental health plan specific information here [if any].

# تعیین مزایای نامطلوب توسط طرح بیمه سلامت روان شما

**اگر طرح بیمه سلامت روان خدماتی را که می​خواهم یا فکر می​کنم به آن نیاز دارم را رد کند، چه حقوقی دارم؟**

اگر طرح بیمه سلامت روان شما، یا ارائه​دهنده​ای به نمایندگی از طرح بیمه سلامت روان، 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 طرح بیمه سلامت روان 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 طرح بیمه سلامت روان خود چه باید بکنید، می​پردازد.

**تعیین مزایای نامطلوب چیست؟**

تعیین مزایای نامطلوب به هر یک از اقدامات زیر که توسط یک طرح بیمه سلامت روان

انجام گردد 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 طرح بیمه سلامت روان ارسال کنید و طرح بیمه سلامت روان ظرف 90 روز به شکایت شما با یک رای کتبی پاسخ ندهد. اگر به طرح بیمه سلامت روان درخواست تجدید نظر بدهید و طرح بیمه سلامت روان ظرف 30 روز به درخواست تجدیدنظر شما رای کتبی ندهد، یا اگر درخواست تجدیدنظر فوری کرده باشید و ظرف 72 ساعت پاسخی دریافت نکرده باشید)؛ یا
6. رد درخواست ذینفع برای اعتراض به مسئولیت مالی.

**اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب چیست؟**

اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب نامه​ای کتبی است که طرح بیمه سلامت روان 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، رد کردن بر اساس این ادعا که خدمات از نظر پزشکی ضروری نیستند، رد کردن مبنی بر اینکه سیستم ارائه آن خدمت اشتباه است، یا رد درخواست اعتراض به مسئولیت مالی 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 بیمه سلامت روان برای ارائه خدمات دریافت نکرده باشید استفاده می​شود.

**زمانبندی اعلامیه**

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

* طرح بیمه سلامت روان شما چه کاری انجام داد که بر شما و امکان دریافت خدمات تأثیر می​گذارد
* تاریخ اجرایی شدن تصمیم و دلیل تصمیم
* قوانین ایالتی یا فدرال که مبنای این تصمیم بود
* حق شما برای درخواست تجدیدنظر در صورتی که با تصمیم طرح بیمه سلامت روان موافق نباشید
* نحوه دریافت کپی از مدارک، سوابق و سایر اطلاعات مربوط به تصمیم طرح بیمه سلامت روان
* نحوه ثبت درخواست تجدید نظر در طرح بیمه سلامت روان
* نحوه درخواست دادرسی عادلانه ایالتی در صورتی که از تصمیم طرح بیمه سلامت روان در مورد درخواست تجدیدنظر خود راضی نباشید
* نحوه درخواست تجدیدنظر فوری یا دادرسی عادلانه فوری ایالتی
* نحوه دریافت کمک برای درخواست تجدیدنظر یا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی
* چه مدت برای درخواست تجدید نظر یا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی فرصت دارید
* حق شما برای ادامه دریافت خدمات در زمانی که منتظر تجدیدنظر یا تصمیم دادرسی عادلانه ایالتی هستید، نحوه درخواست تداوم این خدمات و اینکه آیا 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، طرح بیمه سلامت روان 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 در مورد طرح بیمه سلامت روان**

Insert mental health plan specific information here [if any].

# فرآیند حل مشکل: نحوه ثبت شکایت یا تجدید نظر

**اگر خدماتی را که خواهان آن هستم از طرح بیمه سلامت روانم دریافت نکنم چه می​شود؟**

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

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

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

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

طرح بیمه سلامت روان شما به توضیح این فرآیندها برای شما کمک می​کند و باید به شما کمک کند شکایت، درخواست تجدیدنظر یا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی ارائه دهید. طرح بیمه سلامت روان همچنین می​تواند به شما کمک کند تصمیم بگیرید که آیا واجد شرایط فرآیند «تجدیدنظر فوری» هستید یا خیر، به این معنی که سریع​تر بررسی می​شود زیرا سلامت، سلامت روان و/یا ثبات شما در خطر است. همچنین می​توانید به شخص دیگری اجازه دهید تا از جانب شما اقدام کند، از جمله ارائه​دهنده سلامت روان تخصصی یا وکیل شما.

اگر کمک می​خواهید، با [County to Insert Toll-Free Phone Number] تماس بگیرید. طرح بیمه سلامت روان شما باید در تکمیل فرم​ها و سایر مراحل رویه​ای مربوط به شکایت یا تجدیدنظر به شما کمک کند. این شامل، اما نه محدود به، ارائه خدمات مترجم شفاهی و شماره تلفن رایگان با قابلیت TTY/TDD و مترجم شفاهی است.

**آیا ایالت می​تواند به من در حل مشکل/سوالات من کمک کند؟**

میتوانید از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر (به استثنای روزهای تعطیل)، از طریق تلفن 8609-452-888، یا از طریق پست الکترونیکی [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](file:///C:\Users\Devin%20McBrayer\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Outlook\5DDNH5QN\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.

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

**اطلاعات ویژه اضافه در مورد طرح بیمه سلامت روان**

Insert mental health plan specific information here [if any].

# فرآیند شکایت

**شکایت چیست؟**

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

**فرآیند شکایت چیست؟**

فرآیند شکایت:

* شامل 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، طرح بیمه سلامت روان ممکن است از شما بخواهد که فرمی را امضا کنید که به طرح بیمه سلامت روان 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، طرح بیمه سلامت روان 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 تخصصی سلامت روان ناراضی هستید یا نگرانی دیگری در مورد طرح بیمه سلامت روان دارید، می​توانید در هر زمان به طرح بیمه سلامت روان شکایت کنید.

**چگونه می​توانم شکایت کنم؟**

می​توانید با طرح بیمه سلامت روان 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، طرح بیمه سلامت روان پاکت​های دارای آدرس خود را در تمام مراکز ارائه​دهنده 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 طرح بیمه سلامت روان شکایت من را دریافت کرده است؟**

طرح بیمه سلامت روان شما باید با ارسال تأییدیه کتبی ظرف 5 روز تقویمی پس از دریافت، به شما اطلاع دهد که شکایت شما را دریافت کرده است. شکایتی که از طریق تلفن یا حضوری دریافت 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؟**

طرح بیمه سلامت روان 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 طرح بیمه سلامت روان به این نتیجه برسد که نیاز به اطلاعات اضافی وجود دارد و تأخیر به نفع شماست، بازه​های زمانی تصمیم​گیری ممکن است تا 14 روز تقویمی تمدید شود. یک مثال از زمانی که تاخیر ممکن است به نفع شما باشد، زمانی است که طرح بیمه سلامت روان معتقد است اگر زمان بیشتری برای دریافت اطلاعات از شما یا سایر افراد درگیر داشته باشد، ممکن است بتواند شکایت شما را حل کند.

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

هنگامی که تصمیمی در مورد شکایت شما گرفته شد، طرح بیمه سلامت روان، شما یا نماینده شما را کتباً از تصمیم مطلع می​کند. اگر طرح بیمه سلامت روان شما به موقع شما یا هر یک از طرف​های آسیب​دیده را از تصمیم شکایت مطلع نکند، طرح بیمه سلامت روان موظف است یک اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب در اختیار شما قرار دهد که به شما در مورد حق شما برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتی اطلاع​رسانی می​کند. طرح بیمه سلامت روان شما ملزم است تا در تاریخ انقضای بازه زمانی، اطلاعیه تعیین مزایای نامطلوب را به شما ارائه دهد. اگر اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب را دریافت نکردید، می​توانید برای اطلاعات بیشتر با طرح بیمه سلامت روان تماس بگیرید.

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

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

**اطلاعات ویژه اضافه در مورد طرح بیمه سلامت روان**

Insert mental health plan specific information here [if any].

# فرآیند تجدیدنظر (استاندارد و فوری)

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

**تجدیدنظر استاندارد چیست؟**

درخواست تجدیدنظر استاندارد، درخواستی برای بازنگری تصمیمی است که توسط طرح بیمه سلامت روان یا ارائه​دهنده شما گرفته شده است که شامل رد یا اعمال تغییرات در خدماتی است که فکر می​کنید به آن نیاز دارید. اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد کنید، بازنگری توسط طرح بیمه سلامت روان ممکن است تا 30 روز طول بکشد. اگر فکر می​کنید 30 روز 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 شفاهی یا کتبی 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 این امکان را می​دهد که به شخص دیگری از جمله ارائه دهنده اجازه دهید تا از طرف شما اقدام کند. اگر به شخص دیگری اجازه دهید تا از طرف شما اقدام کند، طرح بیمه سلامت روان ممکن است از شما بخواهد که فرمی را امضا کنید که به طرح بیمه سلامت روان اجازه می​دهد اطلاعات را در اختیار آن شخص قرار دهد.
* در صورت درخواست تجدیدنظر در بازه زمانی تعیین شده، که 10 روز از تاریخی است که اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب پست شده یا شخصاً به شما داده شده است، تداوم مزایای شما را میسر می​سازد. تا زمانی که درخواست تجدیدنظر در حال بررسی است، مجبور نیستید برای تداوم خدمات هزینه پرداخت کنید. با این حال، اگر درخواست تداوم مزایا را کرده باشید، و تصمیم نهایی درخواست تجدیدنظر، تصمیم به کاهش یا خاتمه خدماتی که دریافت 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 راجع به درخواست تجدیدنظر شما 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 را بررسی کند.
* به شما اجازه می​دهد تا فرصت معقولی برای ارائه شواهد و شهادت و استدلال قانونی و بر مبنای حقایق، به صورت حضوری یا کتبی داشته باشید.
* به شما، نماینده شما یا وکیل قانونی دارایی یک ذینفع متوفی اجازه 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 با طرح بیمه سلامت روان، حق شما را برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتی به شما اطلاع می​دهد.

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

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

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

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

می​توانید با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید [mental health plan to Insert Toll-Free Phone Number if Different Than the Footer] تا برای تکمیل درخواست تجدیدنظر کمک دریافت کنید. طرح بیمه سلامت روان پاکت​های دارای آدرس خود را در تمام مراکز ارائه​دهنده فراهم نموده است تا درخواست تجدیدنظر خود را پست کنید. 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 [mental health plan 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؟**

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

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

**آیا مهلتی برای درخواست تجدید نظر وجود دارد؟**

شما باید ظرف 60 روز از تاریخ اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب درخواست تجدید نظر کنید. زمانی که اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب دریافت 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؟**

طرح بیمه سلامت روان باید ظرف 30 روز تقویمی از زمانی که طرح بیمه سلامت روان درخواست شما را برای تجدید نظر دریافت می​کند، در مورد درخواست تجدید نظر شما تصمیم گیری کند. در صورت درخواست تمدید، یا در صورتی که طرح بیمه سلامت روان معتقد باشد که نیاز به اطلاعات اضافی وجود دارد و این تأخیر به نفع شماست، بازه​های زمانی تصمیم گیری ممکن است تا 14 روز تقویمی تمدید شود. نمونه​ای از زمانی که تاخیر به نفع شماست، زمانی است که طرح بیمه سلامت روان به این نتیجه برسد که اگر زمان بیشتری برای دریافت اطلاعات از شما یا ارائه دهنده شما داشته باشد، ممکن است بتواند درخواست تجدیدنظر شما را تایید کند.

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

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

**تجدیدنظر فوری چیست؟**

درخواست تجدیدنظر فوری راه فوری تری برای 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 سلامت روان شما را بدتر کند. فرآیند تجدیدنظر فوری مهلت​های متفاوتی نسبت به تجدیدنظر استاندارد دارد. طرح بیمه سلامت روان 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 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 طرح بیمه سلامت روان موافقت کند که درخواست تجدیدنظر شما شرایط درخواست تجدیدنظر فوری را دارد، طرح بیمه سلامت روان شما ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر توسط طرح بیمه سلامت روان، به درخواست تجدیدنظر فوری شما رسیدگی خواهد کرد. در صورت درخواست تمدید از سوی شما، یا در صورتی که طرح بیمه سلامت روان نشان دهد که نیاز به اطلاعات اضافی وجود دارد و تأخیر به نفع شماست، بازه​های زمانی تصمیم​گیری ممکن است تا 14 روز تقویمی تمدید شود.

اگر طرح بیمه سلامت روان شما بازه​های زمانی را تمدید کند، طرح بیمه سلامت روان توضیحی کتبی در مورد علت تمدید بازه​های زمانی به شما می​دهد.اگر طرح بیمه سلامت روان تصمیم بگیرد که درخواست تجدیدنظر شما واجد شرایط درخواست تجدیدنظر فوری نیست، طرح بیمه سلامت روان 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 طرح بیمه سلامت روان موافق نیستید که درخواست تجدیدنظر شما با معیارهای تجدیدنظر فوری مطابقت ندارد، می​توانید شکایت کنید.

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

**اطلاعات ویژه اضافه در مورد طرح بیمه سلامت روان**

Insert mental health plan specific information here [if any].

# فرآیند دادرسی عادلانه ایالتی

**دادرسی عادلانه ایالتی چیست؟**

دادرسی عادلانه ایالتی یک بررسی مستقل است که توسط یک قاضی حقوق اداری که برای سازمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا کار می​کند، انجام می​شود تا اطمینان حاصل شود که شما خدمات تخصصی سلامت روانی 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](https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests%20) مراجعه کنید.

**حقوق دادرسی منصفانه ایالتی من چیست؟**

شما حق دارید که:

* جلسه دادرسی نزد قاضی حقوق اداری برگزار شود (که به آن دادرسی ایالتی نیز گفته می​شود)
* درباره نحوه درخواست دادرسی عادلانه ایالتی به شما گفته شود
* در مورد قوانین حاکم بر وکالت در جلسه دادرسی ایالتی به شما گفته شود
* در صورت درخواست شما برای دادرسی عادلانه ایالتی در 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 در هر یک از شرایط زیر درخواست دادرسی عادلانه ایالتی بدهید:

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

**چگونه 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%20%20)
* به صورت نوشتاری: درخواست خود را به اداره رفاه شهرستان به آدرس نشان داده شده در اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب ارسال کنید یا به آدرس زیر پست کنید:

California Department of Social Services

State Hearings Division

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

Sacramento, CA 94244-2430

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

شما همچنین 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 درخواست دادرسی عادلانه ایالتی وجود دارد؟**

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

اگر در حال حاضر خدمات مجاز دریافت می​کنید و می​خواهید تا زمانی که منتظر تصمیم دادرسی عادلانه ایالتی هستید، خدمات تداوم داشته باشد، باید ظرف 10 روز از تاریخ دریافت اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب یا قبل از تاریخی که طرح بیمه سلامت روان شما می​گوید خدمات متوقف یا کاهش می​یابد، درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید. وقتی درخواست دادرسی عادلانه ایالتی می​کنید، باید بگویید که می​خواهید در طول فرآیند دادرسی عادلانه ایالتی خدمات دریافت کنید.

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

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

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

**آیا امکان تسریع دادرسی عادلانه ایالتی وجود دارد؟**

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

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

**اطلاعات ویژه اضافه در مورد طرح بیمه سلامت روان**

Insert mental health plan specific information here [if any].

# 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. همه برنامه​های سلامت روان ملزم به داشتن سیاست​های دستورالعمل قبلی هستند. در صورت درخواست اطلاعات شما، طرح بیمه سلامت روان شما ملزم به ارائه اطلاعات مکتوب در مورد خط مشی​های دستورالعمل قبلی طرح بیمه سلامت روان و توضیحی درباره قوانین ایالتی است. اگر مایل به درخواست این اطلاعات هستید، باید برای اطلاعات بیشتر با طرح بیمه سلامت روان خود تماس بگیرید.

یک دستورالعمل قبلی طراحی شده است تا به فرد اجازه دهد تا بر درمان خود کنترل داشته باشد، به ویژه زمانی که قادر به ارائه دستورالعمل در مورد مراقبت خود نیست. این یک سند قانونی است که به فرد اجازه 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 طرح بیمه سلامت روان 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 در مورد طرح بیمه سلامت روان**

Insert mental health plan specific information here [if any].

# حقوق و مسئولیت​های ذینفع

**حقوق من به عنوان دریافت کننده خدمات تخصصی سلامت روان چیست؟**

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

* با شما با احترام شخصی و احترام به کرامت و حریم خصوصی رفتار شود.
* اطلاعاتی در مورد گزینه​های درمانی موجود دریافت کنید و آنها را به روشی قابل درک برای شما توضیح دهند.
* در تصمیم گیری​های مربوط به مراقبت از سلامت روان خود، از جمله حق امتناع از درمان، مشارکت کنید.
* از هر گونه محدودیت یا انزوا که به عنوان وسیله​ای برای اجبار، نظم بخشی، سهولت، تنبیه یا تلافی برای استفاده از مراقبتها استفاده می​شود، به دور باشید.
* یک نسخه از سوابق پزشکی خود را بخواهید و دریافت کنید، و درخواست کنید که در صورت نیاز تغییر یابد یا اصلاح شود.
* اطلاعات این کتابچه راهنما درباره خدمات تحت پوشش طرح بیمه سلامت روان، سایر تعهدات طرح بیمه سلامت روان و حقوق خود که در اینجا توضیح داده شده است را دریافت کنید.
* از یک طرح بیمه سلامت روان که تابع قراردادش با ایالت برای در دسترس بودن خدمات، تضمین ظرفیت و خدمات کافی، هماهنگی و تداوم مراقبت، و پوشش و مجوز خدمات است، خدمات تخصصی سلامت روان دریافت نمایید. طرح بیمه سلامت روان ملزم است:
  + برای اطمینان از اینکه همه ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal که واجد شرایط دریافت خدمات تخصصی سلامت روان هستند، می​توانند خدمات تخصصی سلامت روان را به موقع دریافت کنند، ارائه دهندگان کافی استخدام کرده باشد یا با آنها قرارداد کتبی داشته باشد.
  + در صورتی که طرح بیمه سلامت روان کارمند یا ارائه دهنده قراردادی نداشته باشد که بتواند خدمات مورد نیاز را ارائه دهد، خدمات پزشکی ضروری خارج از شبکه را به موقع برای شما پوشش دهد. «ارائه​دهنده خارج از شبکه» به معنای ارائه​دهنده​ای است که در فهرست ارائه​دهندگان طرح بیمه سلامت روان نیست. در این مورد، طرح بیمه سلامت روان باید اطمینان حاصل کند که برای مراجعه به ارائه​دهنده خارج از شبکه، هزینه اضافی پرداخت نمی​کنید.
  + اطمینان حاصل کند که ارائه دهندگان برای ارائه خدمات تخصصی سلامت روانی که موافقت می​کنند پوشش دهند، آموزش دیده باشند.
  + اطمینان حاصل کند که خدمات تخصصی سلامت روانی که طرح بیمه سلامت روان پوشش می​دهد از نظر مقدار، مدت زمان و دامنه برای رفع نیازهای ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal کافی باشد. این امر شامل اطمینان از این موضوع است که سیستم طرح بیمه سلامت روان برای تأیید پرداخت برای خدمات، مبتنی بر ضرورت پزشکی است و اطمینان حاصل ​کند که معیارهای دسترسی به طور منصفانه استفاده می​شود.
  + اطمینان حاصل کند که ارائه دهندگان آن ارزیابی​های کافی از افرادی که ممکن است خدمات دریافت کنند انجام می​دهند و با افرادی که خدمات دریافت می​کنند برای ایجاد اهداف برای درمان و خدماتی که ارائه می​شود همکاری می​کنند.
  + در صورت درخواست شما، نظر یک متخصص مراقبت​های درمانی واجد شرایط دیگر در داخل شبکه طرح بیمه سلامت روان، یا یک متخصص خارج از شبکه را بدون هزینه اضافی برای شما ارائه دهد.
  + خدماتی را که ارائه می​دهد با خدماتی که از طریق طرح مراقبتهای مدیریت شده Medi-Cal به شما ارائه می​شود یا در صورت لزوم با ارائه دهنده مراقبت​های اولیه خود هماهنگ کند و اطمینان حاصل کند که حریم خصوصی شما همانطور که در قوانین فدرال در مورد حریم خصوصی اطلاعات درمانی مشخص شده است محافظت می​شود.
  + دسترسی به موقع به مراقبت، از جمله ارائه خدمات در 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته، در مواقعی که از نظر پزشکی برای درمان یک وضعیت روانپزشکی اورژانسی یا شرایط فوری یا بحرانی ضروری است، فراهم کند.
  + در تلاش​های ایالت برای تشویق ارائه خدمات به شیوه​ای که از نظر فرهنگی شایسته برای همه مردم است، از جمله افرادی که دانش انگلیسی محدودی دارند و زمینه​های فرهنگی و قومی متفاوت دارند، مشارکت کند.
* طرح بیمه سلامت روان شما باید اطمینان حاصل کند که درمان شما در نتیجه بیان حقوق خود به شکلی آسیب​زا تغییر نکرده است. طرح بیمه سلامت روان شما باید از قوانین فدرال و ایالتی قابل اجرا پیروی کند (مانند: عنوان ششم قانون حقوق مدنی 1964 که توسط مقررات 45 CFR قسمت 80 اجرا شده است؛ قانون تبعیض سنی 1975 که توسط مقررات 45 CFR قسمت 91 اجرا شده است؛ قانون توانبخشی 1973؛ عنوان نهم اصلاحات آموزش و پرورش 1972 (در مورد برنامه​ها و فعالیت​های آموزشی)؛ عناوین دوم و سوم قانون آمریکایی​های مبتلا به معلولیت)؛ بخش 1557 قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه؛ و همچنین حقوقی که در اینجا توضیح داده شده است.
* ممکن است تحت قوانین ایالتی مربوط به درمان سلامت روان حقوق بیشتری داشته باشید. اگر می​خواهید با وکیل حقوق بیماران شهرستان خود تماس بگیرید، می​توانید این کار را از طریق تماس با [mental health plan to Add Patient’s Rights’ Contact Information] انجام دهید.

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

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

* این کتابچه راهنمای ذینفع و سایر مطالب مهم اطلاع رسانی از طرح بیمه سلامت روان را به دقت بخوانید. این مطالب به شما کمک می​کند تا بفهمید که کدام خدمات در دسترس هستند و در صورت نیاز چگونه می​توانید درمان شوید.
* طبق برنامه در درمان خود شرکت کنید. اگر با ارائه دهنده خود برای ایجاد اهداف برای درمان خود و دنبال کردن آن اهداف کار کنید، بهترین نتیجه را خواهید گرفت. اگر نمی​توانید در یک قرار ملاقات حضور یابید، حداقل 24 ساعت قبل با ارائه دهنده خود تماس بگیرید و برای روز و ساعت دیگری برنامه ریزی کنید.
* هنگام شرکت در درمان، همیشه کارت شناسایی مزایای 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.
* مراحل اقدام برنامه​ریزی شده​ای را که شما و ارائه دهنده تان با آنها توافق کرده​اید دنبال کنید.
* اگر در مورد خدمات خود سؤالی دارید یا اگر مشکلی با ارائه دهنده خود دارید که قادر به حل آن نیستید، با طرح بیمه سلامت روان تماس بگیرید.
* اگر تغییراتی در اطلاعات شخصی شما رخ داده است به ارائه دهنده و طرح بیمه سلامت روان خود بگویید. این موارد شامل آدرس، شماره تلفن و هر گونه اطلاعات پزشکی دیگری است که ممکن است بر توانایی شما برای شرکت در درمان تأثیر بگذارد.
* با کارکنانی که درمان شما را ارائه می​دهند با احترام و ادب رفتار کنید.
* اگر مشکوک به تقلب یا تخلف هستید، آن را گزارش دهید:
  + 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:\Users\Devin%20McBrayer\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Outlook\5DDNH5QN\fraud@dhcs.ca.gov) گزارش دهید یا از فرم آنلاین در <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx> استفاده کنید.

**اطلاعات ویژه اضافه در مورد طرح بیمه سلامت روان**

Insert mental health plan 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)