پیوست D
سؤالات متداول (FAQs) برای اعضای Medi-Cal

سؤالات متداول: مروری بر نسخه آزمایشی فرم ASCMI

1. **فرم ASCMI چیست؟**
فرم ASCMI سندی است که از شما درخواست می‌کند تا رضایت دهید که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی‌تان، از جمله پزشکان و مدیران پرونده شما (که به‌عنوان «شرکای مراقبتی» شما نیز شناخته می‌شوند) اطلاعات شما را با یکدیگر به اشتراک بگذارند. این فرم می‌تواند به شما کمک کند که مجبور نباشید اطلاعات یکسان را چندین بار به اشتراک بگذارید یا هر بار که «شرکای مراقبتی» شما نیاز به اشتراک‌گذاری اطلاعات شما دارند، فرم رضایت جدیدی را امضا کنید. همچنین می‌تواند ارجاعات و نوبت‌ها با سایر ارائه‌دهندگان مراقبت را سریعتر کند.

2. **چرا از من خواسته می‌شود که فرم ASCMI را امضا کنم؟**
«شرکای مراقبتی» شما قادر خواهند بود شما را بهتر شناسایی کنند، به شما ارجاع دهند و به هماهنگ کردن سایر خدمات و پشتیبانی‌هایی که می‌توانند مراقبت‌های بهداشتی یا سایر نیازهای شما را برآورده کنند، کمک کنند. برای مثال، اگر برای یافتن مسکن به پشتیبانی نیاز دارید و فرم ASCMI را امضا کرده‌اید، پزشک مراقبت‌های اولیه شما ممکن است بتواند شما را به یک ارائه‌دهنده مسکن در جامعه‌تان مرتبط کند و به آنها اطلاعاتی بدهد تا روند کمک به شما را آغاز کنند.

3. **چه کسی می‌تواند فرم را امضا کند؟**
فرم ASCMI به‌صورت آزمایشی در شهرستان‌های سانتا کروز، سن دیگو و سن خواکین اجرا می‌شود. در این زمان همه اعضای Medi-Cal که در یکی از کشورهای آزمایشی ساکن هستند تشویق می‌شوند تا فرم ASCMI را امضا کنند.

4. **چرا باید این فرم را امضا کنم؟**
امضای فرم ASCMI «شرکای مراقبتی» شما را قادر می‌سازد تا اطلاعاتتان را به اشتراک بگذارد تا مراقبت شما را هماهنگ کنند و شما را به درمان مراقبت‌های بهداشتی، مزایا، برنامه‌ها، خدمات اجتماعی، مدیریت پرونده، منابع اجتماعی و سایر پشتیبانی‌ها متصل کنند. از تأخیر و امضای اسناد بیشتر برای دریافت خدمات جلوگیری می‌کند.

5. **آیا باید این فرم را امضا کنم؟**
خیر. امضای فرم ASCMI اختیاری است و برای دریافت مراقبت یا خدمات لازم نیست.

6. **اگر این فرم را امضا نکنم چه اتفاقی می‌افتد؟ آیا اگر این فرم را امضا نکنم از خدمات محروم خواهم شد؟**
اگر تصمیم بگیرید که فرم را امضا نکنید، از مراقبت یا خدمات محروم نخواهید شد. با این حال، اگر فرم ASCMI را امضا کنید، شریک مراقبتی شما می‌تواند دسترسی بهتری به اطلاعات اجتماعی و بهداشتی شما داشته باشد و بهتر بتواند مراقبت شما را هماهنگ کند و به شما کمک کند تا سریعتر به خدمات متصل شوید. تعداد دفعاتی که باید سوابق اجتماعی و پزشکی خود را به اشتراک بگذارید کاهش می‌یابد.

7. **آیا امضای این فرم باعث می‌شود تا در Medi-Cal یا سایر برنامه‌ها و خدمات ثبت نام شوم؟**
خیر. امضای فرم ASCMI شما را در Medi-Cal یا سایر برنامه‌ها و خدمات ثبت نام نمی‌کند. با این حال، اگر فرم ASCMI را امضا کنید، شرکای مراقبت شما اطلاعاتی خواهند داشت که به شناسایی برنامه‌ها و خدماتی که ممکن است واجد شرایط آنها باشید کمک می‌کند.

8. آیا برای امضای این فرم به نماینده نیاز دارم؟

اعضای Medi-Cal زیر 18 سال: هم افراد نابالغ و هم والدین یا قیم آنها باید فرم را امضا کنند.

اعضای 18 ساله یا بیشتر Medi-Cal: اگر 18 سال یا بیشتر دارید، تنها فردی هستید که باید فرم را امضا کنید مگر اینکه قیمی داشته باشید که از طرف شما امضا کند.

9. پس از امضای فرم ASCMI چه اتفاقی می‌افتد؟

سند امضای شما در «سرویس مدیریت رضایت»، یک پلتفرم آنلاین امن، ذخیره می‌شود. شما و «شرکای مراقبتی»تان می‌توانید برای تغییر یا لغو مجوز در هر زمان به سرویس مدیریت رضایت دسترسی داشته باشید. «شرکای مراقبتی» شما دستورالعمل‌هایی در مورد نحوه دسترسی شما به سرویس مدیریت رضایت ارائه می‌دهند.

10. اگر نظرم تغییر کند، چگونه مجوز خود را تغییر دهم یا لغو کنم؟

می‌توانید از طریق تماس با شرکای مراقبت خود و اطلاع‌رسانی به آنها از تمایل خود برای انجام این کار، مجوز خود را تغییر دهید یا لغو کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد لغو مجوز خود از طریق خدمات سلامت از راه دور، به سؤالات متداول 15 مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با ورود به سرویس مدیریت رضایت و به‌روزرسانی تنظیمات برگزیده خود، مجوزتان را لغو یا حذف کنید.

11. چگونه می‌توانم یک نسخه از این فرم دریافت کنم؟

می‌توانید یک نسخه از شرکای مراقبت خود درخواست کنید.

12. تفاوت بین اطلاعات سلامت محافظت شده ((PHI، اطلاعات سلامت روان و اطلاعات اختلال مصرف مواد چیست؟

PHI معمولاً شامل اطلاعات سلامتی شما است که توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و طرح سلامت شما از جمله اطلاعات سلامت جسمی، اطلاعات سلامت روان و اطلاعات اختلال مصرف مواد نگهداری می‌شود. همه PHI توسط قانون قابل انتقال و پاسخگویی بیمه سلامت سال 1996 (HIPAA) محافظت می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد HIPAA، به HHS.gov مراجعه کنید.اطلاعات سلامت روان و اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد انواعی از PHI هستند که ممکن است تحت حمایت‌های اضافی مطابق با قوانین فدرال قرار گیرند.

13. آیا حتی اگر این فرم را امضا نکنم، آیا اطلاعات محرمانه من قابل اشتراک‌گذاری است؟

بله، حتی اگر امضا نکنید، ممکن است برخی از اطلاعات شما به اشتراک گذاشته شود. برای مثال، پزشکانی که شما را درمان می‌کنند معمولاً می‌توانند اطلاعات شما را برای کمک به ارائه آن درمان به اشتراک بگذارند.

14. اگر من این فرم را امضا کنم، آیا تمام اطلاعات محرمانه من قابل اشتراک‌گذاری است؟

حتی اگر این فرم را امضا کنید، برخی اطلاعات محرمانه وجود دارد که بدون رضایت اضافی به اشتراک گذاشته نخواهد شد.

- PHI مربوط به درمان اختلال مصرف مواد را نمی‌توان به اشتراک گذاشت مگر اینکه با علامت زدن کادر قسمت 7: مجوز فرم ASCMI رضایت کتبی خاصی دهید.
- برخی از اطلاعات مربوط به سلامت روان، مانند یادداشت‌های جلسات با درمانگر به رضایت خاص شما نیز نیاز دارند تا به اشتراک گذاشته شوند.

15. آیا می‌توانم این فرم را از طریق تلفن یا در حین ویزیت از راه دور امضا کنم، و اگر چنین است، چطور امکان‌پذیر است؟

بله. امضای الکترونیکی معتبر است و طبق قوانین فدرال، امضای الکترونیکی می‌تواند شامل یک سند شفاهی نیز باشد. «شرکای مراقبتی» شما می‌توانند یک نسخه الکترونیکی برای شما ارسال کنند تا امضا کنید. «شرکای مراقبتی» شما همچنین می‌توانند فرم ASCMI را برای شما بخوانند و رضایت شفاهی شما را ثبت کنند.

سؤالات متداول: اطلاعات در حال افشا

16. اگر نخواهم همه انواع اطلاعات فهرست‌شده در فرم ASCMI در قسمت 2: انواع اطلاعاتی که اجازه اشتراک‌گذاری آن را می‌دهید را به اشتراک بگذارم چه می‌شود؟ آیا می‌توانم نوع اطلاعاتی را که می‌خواهم فاش کنم انتخاب کنم؟

در حال حاضر، فقط می‌توانید با علامت زدن کادر در بخش 7: مجوز فرم ASCMI انتخاب کنید که آیا می‌خواهید اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد شما به اشتراک گذاشته شود یا خیر.

در حال حاضر گزینه‌ای برای انتخاب‌های دیگر ندارید.

17. اگر این فرم را امضا کنم، آیا اطلاعات مربوط به سلامت باروری من با «شرکای مراقبتی»ام به اشتراک گذاشته خواهد شد؟ آیا اطلاعات مربوط به سلامت باروری من می‌تواند با ارائه‌دهندگان یا سازمان‌های دولتی خارج از کالیفرنیا به اشتراک گذاشته شود؟

اطلاعات مربوط به سلامت باروری شما، مانند اطلاعات مربوط به باروری، کنترل بارداری، بارداری و سقط جنین، PHI است. با امضای این فرم، اجازه می‌دهید اطلاعات مربوط به سلامت باروری شما فقط برای اهدافی که در قسمت 1: اهداف فرم ASCMI توضیح داده شده و فقط در مواردی که طبق قانون فدرال و ایالتی مجاز است بین شرکای مراقبت و پیمانکاران آنها به اشتراک گذاشته شود.

به‌عنوان مثال، اگر پزشکان شما بدانند که شما باردار هستید، می‌توانند به شما در دریافت مراقبت‌های پزشکی مناسب و دسترسی به منابع دیگر کمک کنند. این فرم اجازه نمی‌دهد که این اطلاعات با سازمان‌های دولتی خارج از کالیفرنیا به اشتراک گذاشته شود.

سؤالات متداول: سازمان‌هایی که اطلاعات من را ارسال و دریافت می‌کنند

18. چه کسی داده‌های من را ارسال می‌کند؟ چه کسی داده‌های من را دریافت می‌کند؟

«شرکای مراقبتی» شما که در قسمت 3: منابع و دریافت‌کنندگان اطلاعات شما فرم ASCMI فهرست شده‌اند، داده‌های شما را به اشتراک خواهند گذاشت. به‌عنوان مثال، پزشکتان می‌تواند اطلاعات مسکن شما را با طرح بیمه درمانی‌تان به اشتراک بگذارد، بنابراین طرح شما می‌تواند به شما کمک کند تا در خدماتی به نام حمایت‌های اجتماعی برای دریافت خدمات مرتبط با مسکن ثبت نام کنید.

19. اگر نخواهم اطلاعاتم را با همه سازمان‌های فهرست‌شده در قسمت 3: منابع و دریافت‌کنندگان اطلاعات شما به اشتراک بگذارم، چه می‌شود؟آیا می‌توانم انتخاب کنم که اطلاعاتم با کدام سازمان‌ها به اشتراک گذاشته شود؟

شما این گزینه را ندارید که فقط سازمان‌های خاصی را انتخاب کنید که اطلاعات شما در حال حاضر با آنها به اشتراک گذاشته شود. رضایت شما برای همه «شرکای مراقبتی» مذکور طبق قسمت 3: منابع و دریافت‌کنندگان اطلاعات شما در فرم ASCMI اعمال خواهد شد. این سازمان‌ها همه ارائه‌دهندگانی هستند که به مراقبت‌های بهداشتی و سایر حمایت‌های جامعه کمک می‌کنند و باید از تمام قوانینی که از اطلاعات شما محافظت می‌کند پیروی کنند.

20. آیا احتمال دارد اطلاعات من با سازمان‌هایی که در قسمت 3:منابع و گیرندگان اطلاعات شما در فرم ASCMI فهرست نشده‌اند به اشتراک گذاشته شود؟

مواردی وجود دارد که اطلاعات شما ممکن است با سازمان‌های دیگر به اشتراک گذاشته شود، اما فقط زمانی که قانون اجازه دهد. برای مثال، برخی از سازمان‌های بهداشت عمومی ممکن است حق قانونی برای به دست آوردن اطلاعات شما داشته باشند، حتی اگر فرمی که به آنها اجازه مشاهده اطلاعات مربوط به شما را می‌دهد، امضا نکنید.

21. آیا با امضای این فرم، به پلیس یا مقامات مهاجرت اجازه دسترسی به اطلاعات محرمانه خود را می‌دهم؟

خیر، با امضای فرم ASCMI شما به پلیس یا مقامات مهاجرت برای دسترسی یا دریافت اطلاعات محرمانه‌تان اجازه نمی‌دهید. اگر آن سازمان‌ها می‌خواهند اطلاعات شما را به دست آورند، باید برای انجام این کار به سایر مراجع قانونی اعتماد کنند (مثلاً با اخذ حکم دادگاه).

22. اگر زیر 18 سال داشته باشم، آیا اطلاعات محرمانه من در اختیار والدین یا قیم قانونی من قرار خواهد گرفت؟

در برخی موارد، اطلاعات محرمانه شما می‌تواند با والدین یا قیم قانونی شما به اشتراک گذاشته شود. والدین و سرپرستان اغلب حق دارند اطلاعات مربوط به فرزندان زیر 18 سال خود را ببینند.

با این حال، برای خدماتی که یک خردسال حق رضایت بدون دخالت والدین را دارد - مانند برخی از خدمات بهداشت باروری، درمان سلامت روان، و درمان اختلال مصرف مواد - والدین یا قیم حق مشاهده سوابق را نخواهند داشت. به‌عنوان مثال، اگر 12 سال یا بیشتر دارید و کنترل بارداری دریافت می‌کنید، والدین شما حق دیدن سوابق کنترل بارداری شما را نخواهند داشت.

23. آیا می‌توانم بفهمم اطلاعات محرمانه من با چه کسانی به اشتراک گذاشته شده است؟

بله، می‌توانید فهرستی از «شرکای مراقبتی» خود را که اطلاعات شما در اختیار آنها قرار گرفته است، از طریق تماس با تبادل اطلاعات سلامت یا تبادل اطلاعات جامعه که امکان تبادل داده‌ها را در شهرستان شما فراهم می‌کند، دریافت کنید.

پیوست E
واژه نامه

- **قسمت :.2 42 C.F.R** مقررات فدرال برای محافظت از محرمانه بودن اطلاعات درمان اختلال مصرف مواد و اطمینان از اینکه چنین اطلاعاتی علیه یک بیمار در پرونده‌های جنایی، حضانت کودک، طلاق یا استخدام استفاده نمی‌شود، در نظر گرفته شده است. به‌اینجا مراجعه کنید تا قانون فدرال کامل (**«افشای سوابق بیماران اختلال مصرف مواد»، سوء مصرف مواد و اداره خدمات بهداشت روانی**) را ببینید.

- **پیشبرد و نوآوری کالیفرنیا Medi-Cal :(CalAIM)** ابتکار چند ساله DHCS برای اجرای تغییرات کلی سیاست در تمام سیستم‌های تحویل Medi-Cal با اهداف زیر:
  - شناسایی و مدیریت نیازهای جامع از طریق رویکردهای مراقبت کامل از افراد و محرک‌های اجتماعی سلامت.
  - بهبود نتایج کیفیت، کاهش نابرابری‌های بهداشتی و تغییر سیستم تحویل از طریق ابتکارات مبتنی بر ارزش، نوسازی و اصلاح پرداخت.
  - با کاهش پیچیدگی و افزایش انعطاف‌پذیری، Medi-Cal را به سیستمی منسجم‌تر و یکپارچه‌تر برای پیمایش ثبت نام‌کنندگان تبدیل کنید.

  (**CalAIM ،DHCS**)

- **شرکای مراقبت**: سازمان‌ها و نهادهایی که از آنها مزایا، درمان یا خدمات دریافت کرده‌اید، دریافت می‌کنید یا دریافت خواهید کرد. به قسمت 3: مراجعه کنید. منابع و گیرندگان اطلاعات شما فرم ASCMI برای اطلاعات بیشتر.

- **تبادل اطلاعات جامعه (CIE)**: به شبکه‌های ارائه‌دهندگان و شرکای چند تخصصی اجازه می‌دهد تا به‌طور مناسب به اطلاعات فیزیکی، اجتماعی و خدمات انسانی دسترسی پیدا کنند، ادغام کنند و به‌طور ایمن به اشتراک بگذارند تا مراقبت‌ها را هماهنگ کنند و مراقبت‌های پیشگیرانه و کاملاً شخص محور را برای اعضا ارائه دهند.

- **تبادل اطلاعات سلامت (HIE)**: HIE الکترونیکی به پزشکان، پرستاران، داروسازان، سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و بیماران اجازه می‌دهد تا به‌طور مناسب به اطلاعات پزشکی حیاتی بیمار به‌صورت الکترونیکی دسترسی داشته باشند و به‌طور ایمن آنها را به اشتراک بگذارند - بهبود سرعت، کیفیت، ایمنی و هزینه مراقبت از بیمار (**دفتر هماهنگ‌کننده ملی ایالات متحده برای فناوری اطلاعات سلامت**).

- **برنامه آموزش فردی (IEP)**: بیانیه‌ای مکتوب برای یک کودک دارای معلولیت که مطابق با بخش 300.320 تا 300.324 (**بخش 34 CFR 300.22 - برنامه آموزش فردی**) ایجاد، بررسی و بازنگری شده است.

- **برنامه مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal (MCP):** یک طرح بهداشتی که با DHCS قرارداد دارد تا مراقبت‌های بهداشتی فیزیکی و خدمات مراقبت‌های بهداشت روانی خفیف تا متوسط را از طریق شبکه‌ای از ارائه‌دهندگان با نرخ سرانه، به ذینفعان Medi-Cal ارائه دهد. برنامه‌های مراقبت مدیریت شده بر مراقبت‌های اولیه و پیشگیرانه (**پیشنهاد CalAIM، ژانویه 2021**) تأکید دارند.

- **مدیریت سلامت جمعیت (PHM)**: یک رویکرد منسجم و سراسری که تضمین می‌کند اعضای Medi-Cal به یک برنامه جامع دسترسی دارند که منجر به زندگی طولانی‌تر، سالم‌تر و شادتر می‌شود. PHM یک برنامه اقدام جامع و پاسخگو برای رسیدگی به نیازها و ترجیحات اعضا در سراسر مراقبت (**ابتکار CalAIM PHM - صفحه وب DHCS**) ایجاد خواهد کرد.

- **اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده (PHI)**:اطلاعات سلامتی ایجادشده یا ذخیره‌شده توسط نهادهای تحت پوشش (به‌عنوان مثال، برنامه‌های بهداشتی و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی) که عموماً طبق قانون فدرال محرمانه است.PHI را می‌توان بدون رضایت شما فقط در شرایط خاصی مانند اشتراک‌گذاری بین نهادهای تحت پوشش (و شرکای تجاری آنها) به‌منظور درمان، پرداخت یا عملیات مراقبت بهداشتی، یا برای رعایت قوانین قابل اجرا، به اشتراک گذاشت. شما حقوق خاصی برای PHI خود دارید، که شامل موارد زیر هستند اما محدود به آنها نمی‌شود:
  - می‌توانید درخواست کنید تا یک نسخه از پرونده پزشکی و سایر اطلاعات سلامتی خود را ببینید یا دریافت کنید.
  - می‌توانید نحوه استفاده و اشتراک‌گذاری اطلاعات سلامتی خود توسط پزشک یا بیمه‌گر خود را بیاموزید.
  - اگر اطلاعاتی وجود دارد که نمی‌خواهید به اشتراک بگذارید، می‌توانید به ارائه‌دهندگان یا شرکت‌های بیمه سلامت خود اطلاع دهید.

(« PHI » و « حقوق حفظ حریم خصوصی اطلاعات سلامت شماچیست؟ » وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده)