附件 D

Medi-Cal 会员的常见问题 (FAQ)

常见问题：试点 ASCMI 表格概述

1. **什么是 ASCMI 表格?**

   ASCMI 表格是一份请求您同意允许您的医疗保健提供者（包括您的医生和个案管理员（也称为您的护理合作伙伴））彼此共享您的信息的文件。这份表格可帮您避免每次您的护理合作伙伴需要共享您的信息时，必须多次共享相同的信息或签署新的同意书。还可以帮您更快地预约和转介至其他护理提供者。

2. **为什么要求我签署 ASCMI 表格?**

   您的护理合作伙伴将能更好地识别、为您转介并帮您协调可以满足您的医疗保健或其他需求的其他服务和支持。例如，如果您在寻找住房方面需要协助，并且您已经签署了 ASCMI 表格，您的主治医生可能会帮您联络到您所在社区的住房提供者，并向他们提供信息以便马上为您提供帮助。

3. **谁可以签署表格?**

   ASCMI 表格正在圣克鲁斯（Santa Cruz,）、圣迭戈（San Diego）和圣华金（San Joaquin）县进行试点。目前，我们鼓励居住在任一试点县的所有 Medi-Cal 会员签署 ASCMI 表格。

4. **我为什么要签署这份表格?**

   签署 ASCMI 表格后，您的护理合作伙伴就能够共享您的信息，以便协调您的医疗护理并将您与医疗保健治疗、福利、计划、社会服务、个案管理、社区资源和其他方面的支持建立联结。这将避免延误以及防止为获得服务而不得不签署更多文件。

5. **我必须签署这份表格吗?**

   不需要。签署 ASCMI 表格为可选项目，接受医疗护理或服务并不需要此表格。

6. **如果我不签署此表格会怎样？如果我不签署此表格，我会被拒绝提供服务吗？**
   如果您选择不签署表格，您将不会被拒绝提供护理或服务。但是，如果您签署 ASCMI 表格，您的护理合作伙伴可能会更好地访问您的社会和健康信息，并且能够更好地协调您的护理并帮助您更快地获得服务。这将减少您必须分享您的社会生活经历和病史的次数。

7. **签署此表格是否让我加入 Medi-Cal 或其他计划和服务？**
   不会。签署 ASCMI 表格不会让您注册加入 Medi-Cal 或其他计划和服务。但是，如果您签署 ASCMI 表格，您的护理合作伙伴将获得有助于确定您可能有资格获得的计划和服务的信息。

8. **我需要一位代理人帮我签署这份表格吗？**
   18 岁以下的 Medi-Cal 会员: 未成年人和未成年人的父母或监护人均应在表格上签名。

   年满 18 岁的 Medi-Cal 会员: 如果您已年满 18 岁，则您是唯一需要签署该表格的人，除非您有监护人代表您行事。

9. **我签署 ASCMI 表格后会发生什么？**
   您的签名记录会存储在安全的在线平台“同意管理服务”中。您和您的护理合作伙伴可以访问同意管理服务，以便随时更改或撤销您的授权。您的护理合作合作伙伴将提供有关如何访问同意管理服务的说明。

10. **如果我改变主意，我该如何更改或撤销我的授权？**
    您可以通过联系您的护理合作伙伴，并告知他们您想要这样做来更改或撤销您的授权。有关撤销远程医疗授权的详细信息，请参阅常见问题解答 15。您也可以通过登录同意管理服务并更新您的设定来撤销或删除您的授权。

11. **我如何获得此表格的副本？**
    您可以向您的护理合作伙伴索取一份副本。

12. 受保护的健康信息 (PHI)、心理健康信息和物质使用障碍信息之间有什么区别?

PHI 通常包括由您的医疗保健提供者和您的健保计划所持有的您的健康信息，包括身体健康信息、心理健康信息和物质使用障碍信息。所有 PHI 均受 1996 年健康保险流通与责任法案 (HIPAA) 的保护。要了解有关 HIPAA 的更多信息，请访问 HHS.gov。心理健康信息和物质使用障碍信息是 PHI 的类型，可能受到联邦法律的额外保护。

13. 即使我不签署此表格，是否可以共享我的机密信息?

是的，即使您不签名，您的一些信息也可能会被共享。例如，为您提供治疗的医生通常可以共享您的信息以帮助提供治疗。

14. 如果我签署此表格，是否可以共享我的所有机密信息?

即使您签署了此表格，也有一些机密信息在未经额外同意的情况下不会共享。

- 与物质使用障碍治疗相关的 PHI 不能共享，除非您通过勾选 ASCMI 表格的第 7 部分：授权中的方框给出具体的书面同意。
- 某些心理健康信息，例如与您的治疗师会谈时的笔记，也需要您的特别同意才能共享。

15. 我可以通过电话或在远程医疗访问期间签署此表格吗？如果可以，如何签署?

可以。电子签名是有效的，根据联邦法律，电子签名可以包括口头录音。您的护理合作伙伴可能会向您发送电子副本以供签名。您的护理合作伙伴也可以向您读出 ASCMI 表格的内容并记录您的口头同意录音。

常见问题：信息披露

16. 如果我不想共享 ASCMI 表格第 2 部分：您授权共享的信息类型中列出的所有类型的信息怎么办？我可以只选择我想披露的信息类型吗?

目前，您只能选择是否要共享您的物质使用障碍信息，方法是勾选 ASCMI 表格的第 7 部分：授权中的方框。

此时您 没有 可以进行选择的其他选项。

17. **如果我签署此表格，是否会与我的护理合作伙伴共享我的生殖健康信息？我的生殖健康信息是否可以与加州以外的提供者或政府机构共享？**

您的生殖健康信息，例如与生育、节育、怀孕和堕胎相关的信息，属于 PHI。通过签署此表格，您允许您的生殖健康信息仅在护理合作伙伴及其承包商之间共享，仅用于 ASCMI 表格的 第 1 部分：用途 中的所描述的用途，并且仅在联邦和州法律允许的情况下使用。

例如，如果您的医生知道您怀孕了，他们可以帮助您接受适当的医疗护理并获得其他资源。此表格不允许与加利福尼亚州以外的政府机构共享此信息。

常见问题：发送和接收我的信息的组织

18. **谁在发送我的数据？谁在接收我的数据？**

您的护理合作伙伴（列于 ASCMI 表格第 3 部分：您信息的来源和接收者中）将共享您的数据。例如，您的医生可以与您的健康保险计划共享您的住房信息，这样您的计划可以帮助您注册称为社区支持的服务，以接受与住房相关的服务。

19. **如果我不想与 第 3 部分：您信息的来源和接收者**中列出的所有组织共享我的信息怎么办？**我可以选择与哪些组织共享我的信息吗？**

您目前不可以仅选择与一些特定的组织共享您的信息。您的同意将适用于 ASCMI 表格 第 3 部分：您信息的来源和接收者 中列出的所有护理合作伙伴。这些组织都是提供医疗保健和其他社区支持的提供者，他们必须遵守保护您信息的所有法律。

20. **我的信息可以与在 ASCMI 表格 第 3 部分：您信息的来源和接收者 中未列出的组织共享吗？**

在某些情况下，您的信息可能会与其他组织共享，但前提是法律允许。例如，一些公共卫生机构可能拥有获取您的信息的合法权利，即使您没有签署允许他们查看您的信息的表格。

21. **通过签署此表格，我是否会让警察或移民当局访问我的机密信息？**

不，通过签署 ASCMI 表格，您 不 允许警察或移民当局访问或接收您的机密信息。如果这些组织想要获取您的信息，他们将需要依靠其他法律机构来这样做（例如，通过获得法院命令）。

22. 如果我未满 18 岁，我的机密信息是否会与我的父母或法定监护人共享?

在某些情况下，您的机密信息可能会与您的父母或法定监护人共享。父母和监护人通常有权查看有关其 18 岁以下子女的信息。

但是，对于未成年人有权在没有父母参与的情况下同意的服务——例如一些生殖健康服务、心理健康治疗和物质使用障碍治疗——父母或监护人将无权查看记录。例如，如果您年满 12 岁并且获得了节育措施，您的父母将无权查看您的节育记录。

23. 我能否查明与谁在共享我的机密信息?

是的，您可以通过联系您所在县允许进行数据交换的健康信息交换或社区信息交换来获取已获得您的信息披露的护理合作伙伴列表。

附件 E

词汇表

- **42 CFR 第 2 部分**: 联邦法规旨在保护物质使用障碍治疗信息的机密性，并确保此类信息不会在刑事、儿童监护权、离婚或就业诉讼中被用作针对患者。请参阅 此处 完整的联邦法规 *（“物质使用障碍患者记录的披露”，药物滥用和心理健康服务管理局*).

- **加州推进和创新 Medi-Cal (CalAIM)**: DHCS 在所有 Medi-Cal 交付系统中实施总体政策变更的多年计划，目标如下：
    - 通过全人护理方法和健康的社会驱动因素识别和管理综合需求。
    - 提高质量结果，缩小健康差距，并通过基于价值的举措、现代化和支付改革转变交付系统。
    - 通过降低复杂性和增加灵活性，使 Medi-Cal 成为一个更加连贯一致和可靠的系统，以供参保者使用。

  (*CalAIM, DHCS*)

- **护理合作伙伴**: 您已经、正在或即将从中获得福利、治疗或服务的组织和实体。请参阅 ASCMI 表格 第 3 部分：您信息的来源和接收者了解相关详情。

- **社区信息交换 (CIE)**: 允许多学科提供者和合作伙伴网络适当地访问、整合和安全地共享身体、社会和人类服务信息，以便为会员协调护理并提供主动的、以人为本的护理。

- **健康信息交换 (HIE)**: 电子 HIE 允许医生、护士、药剂师、其他医疗保健提供者和患者以电子方式适当地访问和安全地共享患者的重要医疗信息——提高患者护理的速度、质量、安全性和成本 (*美国国家卫生信息技术协调员办公室*).

- **个性化教育计划（IEP）**：根据 §§ 300.320 至 300.324 (*34 CFR § 300.22 - 个性化教育计划*)*为残疾儿童制定、审核和修订的书面声明。*

- **Medi-Cal 管理式医疗计划 (MCP)：** 一项与 DHCS 签订合同的健保计划，通过提供者网络按人头费率向 Medi-Cal 受益人提供身体保健和轻度至中度心理保健服务。管理式护理计划强调初级和预防性护理 (*CalAIM 提案，2021 年 1 月*).

- **人口健康管理（PHM）**：协调一致的全州方针，可确保 Medi-Cal 会员能够获得全面的计划，从而过上更长寿、更健康、更幸福的生活。PHM 将建立一个全面、负责的行动计划，以满足会员在整个医疗护理过程中的需求和偏好 *(CalAIM PHM 计划 - DHCS 网页)*.

- **受保护的健康信息（PHI)**: 由涵盖的实体创建或存储的健康信息（例如，健保计划和医疗保健提供者），根据联邦法律通常是保密的。PHI 仅在某些情况下可以在未经您同意的情况下共享，例如在适用实体（及其业务伙伴）之间出于治疗、付款或医疗保健操作的目的，或为了遵守适用法律。您对您的 PHI 拥有某些权利，包括但不限于：
    - 您可以要求查看或获取您的医疗记录和其他健康信息的副本。
    - 您可以了解您的医生或健康保险公司如何使用和共享您的健康信息。
    - 如果有您不想分享的信息，您可以让您的提供者或健康保险公司知道。

  (“什么是 PHI？ “和” 您的健康信息隐私权,” 美国卫生与公众服务部)