俄勒冈州健康共享
三郡行为健康
会员权利与责任

华盛顿摩特诺玛县克拉克马斯行为健康网络

会员们有权：

1. 选择您服务计划中的可用服务和支持。 这些服务符合文化要求，将用于社区当中。 **从提供商**处获取社会支持服务帮助，这些提供商了解您在俄勒冈州任何地方的文化。
2. 这些服务不会干扰您的生活，并具有最大程度的自主性。
3. **根据** Health Share 规则选择一位心理健康提供商，必要时可以更改。 请向提供商咨询您包含的服务，无需先征得其他提供商的批准。 **您可能需要**获得 Health Share **行**为健康计划的批准才能得到更高级别的服务。
4. 获得您行为健康计划下覆盖的医学预防相应服务，或转诊到专业提供商接受适当服务。 获得每天 24 **小**时，每周 7 **天的**紧急心理健康护理。
5. **在开始服**务前获得书面知情同意书，急诊或法律另外许可的除外。 **您可拒**绝服务并被告知该决定的相应后果，法院命令的服务除外。
6. **如果根据法律已是成年人**，对心理健康治疗做出声明。
7. 获取权利、责任和福利的相关书面资料。 获取如何使用服务及如何处理紧急情况的书面说明。 获取以您能理解的方式说明的这些材料及所有其他书面材料。 **被告知您的提供商如何共同合作**为您提供护理。
8. **被告知包含和不包含的服**务。 获知所提服务及支持的结果和风险信息，以便您做出知情决策。
9. 获得所需服务以便您自我诊断或诊断您孩子的情况，以及获得这些情况的相关信息。
10. **要**获得您期望的那种护理并在提供商批准的情况下得到服务，稳定的提供商团队有助于满足您的护理需求，可在医院以外的舒适场所为您提供心理健康护理。 **您**还可以免费获得第二诊断。
11. **参与制定**书面服务计划。 **得到与**该计划一致的服务。 **参与**对服务和支持需求的定期检查。 **得到一份**书面计划。
12. **与提供商商**谈，并期望谈话内容保密。 **您**还可相信您病历卡中的信息被保密，法律另有要求的除外。
13. 拥有健康档案，其中包括您的状况、接受的服务以及任何转诊服务。 **您可**检查该档案。 **您也可**拥有转移到另一个提供商的记录。 **如果信息有**误，可要求更正您的病历卡。
14. 获知如何使用和分享您的健康信息，如果确有此事，您可获得一份报告，说明其原因及方法。
15. **允**许将您的临床资料发布给您选择共享的对象。
16. **及**时得到通知说明您的预约已被取消。
17. **在服**务结束或被转移前得到通知。 **如果**导致服务终止或转移的情况会对健康和安全造成威胁，将不提供此类通知。 **如果您不同意**，**也可向俄勒**冈州卫生当局请求召开听证会。
18. **如果您或您的提供商要求的服**务被拒绝，可得到书面通知。 **如果服**务水平发生变化，而您对此不同意，可得到书面通知。
19. 18 岁以下的未成年人如要享用同等服务和设施，也要承担 ORS 417.270 规定的相应义务。 **儿童可行使从** ORS 109.610 **到** 109.697 **中**规定的所有权利，享受俄勒冈州国土安全部儿童**保**护服务的儿童可行使 ORS 426.385 规定的所有权利。
20. 获知提供服务的机构的政策及程序。 获知相关的服务协议及服务费用。 **有**监护人、保护人或代表帮助了解任何出示的信息。
21. 预约期间有朋友、家属（包括接受服务的未成年人的父母）或律师陪同。 **必要**（**适当**）时其它时间他们也可陪同您。 **他**们可在服务计划和交付期间陪同您。
22. **免**费获得与您讲同一种语言的工作人员提供的解释/**翻**译服务。 **以您易于理解的方式**获取信息，包括其它语言、盲文、大字版本或电子版本。 **如果您因**为残疾有医疗保险，我们将以最适合您的方式为您提**供福利信息**。
23. **在服**务一开始及此后定期被告知您拥有的权利。 **您可行使此**规则所述的所有权利，而不会有任何形式的惩罚。
24. **在接受福利及服**务时被尊重对待，不受到歧视。 拥有宗教自由。 **您有**权像其他寻求治疗并使用其它保险福利的人一样获得治疗。 **不参加**实验性治疗。 获得针对您的需求的药物。
25. **不被**滥用药物或忽视。 **有**权报告服务提供商的任何滥用或忽视行为，而不遭到报复。
26. **不被隔离和限制**，**俄勒**冈州行政法规指定的除外。
27. **提出投**诉和申诉，并就此获得回应。 **您可**对申诉决定提出上诉。 **您可要求俄勒**冈州卫生当局召开听证会。
28. **提前**签署指令文件，如生前遗嘱或委托书。 **如果您无法**为您的医疗、手术、滥用药物或行为治疗亲自决策，这些文件可说明您想要或不想要的护理。
29. 获知 Health Share **提供商、服**务和您的会员权利及责任的相关信息。 **您也可**对权利和责任政策提出建议，可向您的提供商或 Health Share **咨**询您的权利。 **如果您**认为您的权利遭到了否认，可向您的提供商或保险公司投诉，或通过致电 1-800-273-0557 **或** TTY 1-503-378-6791 **向医**疗援助计划部门的客户服务部投诉。
30. **致**电客户服务部获取提供**商**专业培训的相关信息。 **您也可**获取 Health Share **及**该计划如何运作的相关信息。

会员们有责任：

1. 选择同等级的医疗保健组织。 选择心理健康提供商。
2. **帮助您的提供商取得您**过去的心理健康记录或填写新表格。
3. 诚实地分享有关您心理健康需求的问题。 **向您的提供商提供准确的信息**。
4. 对不清楚的事情提出疑问，包括诊断情况和治疗。
5. **帮助您的提供商制定服**务计划，或让朋友或家属为您做这事。 **您可在**计划开始前批准计划，然后遵守商定的计划。
6. **在开始治**疗前，利用提供商的信息做出正确的治疗决策。

7. **尊重、礼貌**对待提供商和俄勒冈州 Health Share **行**为健康计划工作人员。
8. **保持**预约并准时赴约。 **当您**迟到或无法赴约时致电提供商。
9. **开始服**务前，告知您的提供商您有俄勒冈州 Health Share **行**为健康计划。
10. **每次需要治**疗时带上 DMAP **医**疗护理 ID。 **告知您的提供商您**拥有的任何其它保险。
11. **当有任何第三方**资源可为您的服务付费时，请告知俄勒冈州 Health Share **行**为健康计划。
12. **如有需要**，请每月及时支付您的 OHP **保**险费。 **支付不包含的任何治**疗或服务费用。 **致**电 OAR 410-120-1200 **和** OAR 410-120-1280 **可**获得更多信息。
13. **使用**选定提供商满足心理健康需求。 紧急情况下，可能需要其他人提供的服务。
14. **如果您或孩子在去外地**时使用了紧急心理健康服务，请在三天内通知您的俄勒冈州 Health Share **行**为健康计划。
15. **如果您的地址、**电话号码、家庭组成或生活安排发生了变化，请告知您的俄勒冈州 Health Share **行**为健康计划及提供商。
16. **必要**时请向您的俄勒冈州 Health Share **行**为健康计划提出任何问题、投诉或申诉
17. **如有需要**，签署让渡证书以回应行政听证请求。
18. **如果您**对转诊到专业心理健康提供商存有疑问，请联系俄勒冈州 Health Share **行**为健康计划会员服务。

也可以其他形式要求这些权利与职责，
包括其他语言、盲文、大字体和电子版。