

申請州公平聽證會 您可撥打 (800) 952-5253 申請舉行州公平聽證會。您將持續不中斷地享用現有服務，直到做出裁決。客戶僅可在收到我們維持不利于客戶的福利決定通知（函）後，或者客戶已用儘上訴程序後，才能申請舉行州公平聽證會。若我們未能遵從通知內容和上述時限要求，即可視為您已用儘上訴程序，因而可以提請舉行州公平聽證會。客戶必須在收到決議通知日期後的 120 個日曆天內要求舉行州公平聽證會。

Medi-Cal 醫療保險受益人可直接向下列單位提出投訴：

Department of Health Care Services
P. O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
或致電 Office of the Ombudsman, 電話：
(916) 896-4042

未由 **Medi-Cal 承保的客戶**也可致電 Department of Health Care Services SUD Compliance Division, 電話：(877) 685-8333 以提出投訴。

請造訪 www.bit.ly/consumer_forms, 以檢閱在酒精或藥物濫用住院治療設施接受服務人士的完整權利列表。

Santa Clara County Behavioral Health Services Department
Attn: Quality Assurance Program
P.O. Box 28504, San Jose, CA 95159

Santa Clara County Behavioral Health Services Program
Attn: Quality Assurance Program
P.O. Box 28504, San Jose, CA 95159

Place stamp
here. Post
office will not
deliver with-
out first

我們將就填寫表格和進行申訴或上訴之其他相關程序為您提供合理協助。這包括但不限於，應您要求提供輔助和服務，比如提供翻譯服務，比如提供配備了充分 TTY/TTD 和翻譯功能的免付費電話號碼。

我們將確保對申訴和上訴做出決定的人士符合下列條件：

- 不牽涉任何前一層級的審查或決定，或者非任何此類人員的下屬；
- 在決定有關醫療必要性、加快申訴或上訴進程、或臨床問題時，必須經我們確認為在治療客戶病況或疾病方面具有適當臨床經驗；以及
- 必須考量客戶或其代表送交的所有意見、文件、記錄、和其他資訊，不論該資訊是否在初次不利于客戶的福利決定時送交或予以考量。

我們會將您的個案檔案提供給您（和您的代表/代理機構），包括病歷、其他文件和記錄，以及我們或我們的承包商所考量、依賴、或建立且有關不利福利決定的任何新增或額外證據。此份資訊將在上訴的決議時限前免費且充分提供。

您申訴和上訴的權利



申訴表

要求類型（請勾選一項）

申訴	<input type="checkbox"/>
加急類申訴	<input type="checkbox"/>

上訴	<input type="checkbox"/>
加急類上訴	<input type="checkbox"/>

客戶/消費者姓名	出生日期
地址	城市/州/郵遞區號
電話	計劃/工作人員

說明問題或疑慮：

Detach, fold, seal and return this

申訴和上訴程序 我們對於您所提出之不利福利決定申訴/上訴的處理程序，包括寄給您一份有關收到每項申訴和上訴的確認函，以及一份決議通知。表達疑慮或提出申訴不會受到報復或歧視。我們將依據您健康狀況的需要，在下列時限內儘速解決每件申訴和上訴，且會提供通知。您可隨時提出申訴，對於不利福利決定之外的任何事項表達不滿。申訴範圍包括您有權質疑我們為做出授權決定而提議的時間延長。您可隨時當面、打電話或以書面方式分享證據和證詞，以及提出法律和事實抗辯。我們將在收到申訴當日起不晚于 90 個日曆天對申訴做出標準決議。

如何提出申訴：

- 事關心理健康服務（mental health services, MHS），請撥打 (408) 793-5894
- 事關物質濫用治療服務（substance use treatment services, SUTS），請撥打 (408) 792-5666
- 請填寫此表格或書寫信函，並郵寄/傳真至
SUTS 傳真號碼 408-947-8707
MHS 傳真號碼 408-288-6113

上訴 上訴是由我們對於不利于客戶的福利決定進行復核審查。收到不利福利決定通知後，您必須在收到該通知當日起的 60 個日曆天內提出上訴。我們的客戶上訴僅有一個層級。您可在收到維持不利福利決定通知後要求舉行州公平聽證會。您可以以口頭或者書面方式提出上訴。此外，除非您要求加急做出決議，否則必須在口頭提出上訴後還要提出帶簽名的書面上訴。在等待上訴決議期間，您將持續享有福利。對於**不利福利決議**提出的口頭**上訴**要求將按照**上訴**來處理（以建立可能最早的上訴建檔日期），且將以書面方式確認，除非您或您的服務提供者要求加急做出決議。

不利福利決定指的是 對所要求的服務授權予以否絕或限制，包括依據服務類型或層級、醫療必要性的要求、適合性、條件要求，或者承保福利有效性而做出的決定。我們縮減、暫停、或終止先前授權過的任何服務。全部或部分否絕支付某項服務。未能即時提供服務。未能遵從有關申訴和上訴之標準決議時限。對於郊區居民，否絕投保人為取得網絡外服務而行使其權利的要求。否絕客戶質疑財務責任的要求，包括分攤費用、共付額、保費、自付額、共保額，以及客戶的其他財務責任。

加急類上訴 我們將在收到上訴當日起的 30 個日曆天內對上訴做出標準決議：除非因您要求延長而允許延長 14 天。我們決定需要您提供額外資訊，或者若延後對您有利。

上訴的加急決議。 在我們收到上訴後 72 小時。如果您要求延長；或我們（依據州標準）表明需要更多資訊以及延後如何對您有利，則此時限可能延長至最長 14 個日曆天。若延長時限，我們將**將會**：盡合理努力從速向您口頭**通知**此項延長，且在 2 個日曆天內以書面方式**通知**您決定延長時限的理由，還會告知若您不同意該決定可提出**申訴**的權利。我們將依據客戶的健康狀況，在延長時限到期之前加快解決**上訴**。

上訴的加急決議。 當我們決定（對於投保人的要求）或**服務提供者**表示（代表您提出要求或支持您的要求）用做出標準決議的時間來處理申訴和/或上訴有可能嚴重危害您的生命、生理或心理健康，或會損害您得到、維持、或再次獲得最大功能的能力，便必須對申訴和/或上訴采取加急處理。若我們拒絕了加急處理某項**上訴**的要求，我們必須轉用標準決議的時限（如上所述）來處理該申訴和/或**上訴**。

簽名

日期