



客户申诉和上诉流程

如果您对护理质量感到不满意，或者您担忧您的服务被拒绝、缩减、推迟或终止，请告知我们。我们专门设定相关流程来审查您的投诉。我们希望与您合作解决问题。

您可以要求朋友、亲人或您选择成为授权代表的任何其他人。如果您指定其他人代表您，我们将需要您的书面授权，然后才能与他们讨论您的情况。

申诉

只要您对行为健康服务部 (Behavioral Health Services) 提供的服务感到不甚满意，就可提出申诉。提出申诉的方式有几种：

- 您可以使用申诉/上诉表和本机构提供的回邮信封。
- 您可以致电 (866) 308-3074 或 TDD 专线 (866) 308-3073，与受理和提交您申诉的人员联系。
- 您可以告知您的治疗提供者（工作人员或机构代表），您想提交申诉，他们会帮助您填写申诉/上诉表，并替您提交。

上诉

如果你是 Medi-Cal 受益人，则在接受服务之前，您的健康计划需要预先授权部分服务。当您的行为健康提供者认为您需要持续接受服务，但健康计划却拒绝、缩减、推迟或终止您的任何预先授权服务时，您可以要求相关机构审查此行为。此过程称为上诉。如果由于健康计划认为某项服务不具有医疗必要性 而导致您无法获得服务，您可以要求相关机构审查此行为。此过程称也为上诉。提出上诉的方式有三种。

如果您认为推迟服务会对您的行为健康造成严重问题，包括影响您获得、维持或恢复重要生活功能的能力， 您可申请加急上诉，相关机构必须在 72 小时内做出决定。

- 您可以使用申诉/上诉表和本机构提供的回邮信封。
- 您可以致电 (866) 308-3074 或 TDD 专线 (866) 308-3073，与受理和提交您上诉的人员联系。
- 您可以告知您的治疗提供者（工作人员或机构代表），您想提交上诉，他们会帮助您填写申诉/ 上诉表，并替您提交。

州公平听证会

如果您是 Medi-Cal 受益人，并且健康计划拒绝、缩减、推迟或终止您的任何预先授权服务，则您在行使完成上诉流程之后，可以要求举行州公平听证会。您可通过两种方式启动此流程：

- 填写州公平听证会申请表，该表可在本机构或从患者权益服务部处获取。
- 如果您收到维持不利福利裁定通知表，可在背面找到州公平听证会申请表。

如果您有任何疑虑，请与服务主管或计划负责人联系，以确定问题是否可以解决。如果您希望在本 机构将自己的疑虑作为正式申诉提出，则可填写并提交表格，或者可以联系本机构的提供者代表或 患者权益服务部来协助您提出申诉。

患者权利倡导服务

您可以随时访问患者权利倡导服务提出投诉，因为他们的流程与 MHP 申诉流程是分开的。

患者权利倡导服
务 (800)
668-4240

本机构的提供
者代表： 电话
号码：