



酒精、药物和心理健康服务

MANUEL J. JIMENEZ, JR. 主任, 婚姻与家庭治疗硕士

Quality Assurance Office  
Consumer Assistance  
2000 Embarcadero Cove, Suite 400  
Oakland, California 94606  
(510) 567-8100 / 听障专线 (510) 567-6884  
免费热线: 1 (800) 779-0787  
传真: (510) 639-1346

## 投诉和申诉流程及申请表



如果您对心理健康服务有意见或不太满意, 心理健康计划 (MHP) 会竭力提供便捷方案, 让您迅速消除疑虑。您或您的代表可以口头或书面形式向您的医师/医疗机构提出投诉或申诉, 或拨打 1(800) 779-0787 与消费者援助办公室联系。**请使用随附的投诉和申诉申请表提出投诉或请求申诉。您不会因为提出投诉或申诉而遭受歧视或任何其他惩罚措施。**

**投诉**是指表达对于专业心理健康服务的不满或抱怨, 此间涉及的问题均不属于下文所述申诉和加州公平实践听证会流程的涵盖范围。可就不同问题进行投诉, 包括所提供医疗服务的品质、人际关系相关方面 (比如员工粗暴无礼) 等。**请按照以下步骤提出投诉:**

- 以口头或书面形式提出投诉。口头投诉后无需补充提交书面文件。您可授权其他人担当您的代表。
- 您将收到投诉受理书面确认函。
- MHP 会在接到投诉后的 60 天内完成审查, 并以书面形式将处理决定通知您或您的代表。
- 如果您请求延后裁决, 或者 MHP 认为有必要补充材料并且延后裁决对您有利, 即可延长处理期限, 最多可延长 14 天 (日历日)。
- 您可以随时提出投诉。

**申诉**是要求审查 MHP 或医师/医疗机构作出的决定 (变更或拒绝您申请的专业心理健康服务 (SMHS) 和/或减少、暂停或终止先前授权的服务)。由 MHP 就您的专业心理健康服务作出的决定可在邮寄或面交给您的**行动通知 (NOA)** 函中加以说明。您不一定会收到 NOA。**请按照以下步骤提出申诉:**

- 自收到 NOA 之日起 90 天内, 通过面谈、电话或以书面文件形式提出申诉。如果通过面谈或电话的形式提出申诉, 您必须随后提供已签名的书面申诉文件。如果您未收到 NOA, 就没有提出申诉的截止日期, 因此您可以随时提出申诉。您可授权其他人担当您的代表。
- 如果您在 NOA 邮寄或面交之日起 10 天内提出申诉, 在等待申诉结果期间, 您可以继续享受应有权益。
- 您将收到申诉受理书面确认函。
- MHP 会在接到申诉后的 45 天内完成审查, 并以书面形式将处理决定通知您或您的代表。
- 如果您请求延后裁决, 或者 MHP 认为有必要补充材料并且延后裁决对您有利, 即可延长处理期限, 最多可延长 14 天 (日历日)。

~翻页~



如果您认为等待 45 天会影响您的生活、健康以及实现、维持或最大程度地恢复身体机能的能力，则可以提出**加急申诉**。如果 MHP 认为您满足加急申诉的条件，MHP 会在收到加急申诉表之后 3 个工作日内作出裁决。**请按照以下步骤提出加急申诉：**

- 自收到行动通知 (NOA) 之日起 90 天内，通过面谈、电话或以书面文件形式提出申诉。以口头或面谈形式提出的加急申诉请求不必随后提交书面文件。您可授权其他人担当您的代表。
- 如果您在 NOA 邮寄或面交之日起 10 天内提出加急申诉，在等待申诉结果期间，您可以继续享受应有的权益。
- 您将收到加急申诉受理书面确认函。
- MHP 会在接到加急申诉后的 3 天内完成审查，并以书面形式将处理决定通知您或您的代表。
- 如果您请求延后裁决，或者 MHP 认为有必要补充材料并且延后裁决对您有利，即可延长处理期限，最多可延长 14 天（日历日）。
- 如果 MHP 认为您不满足加急申诉的条件，将立刻向您发出口头通知并在 2 天（日历日）内提供相应的书面通知。您的申诉请求将按照标准申诉流程进行处理。

如果您已经完成 MHP 投诉和/或申诉流程，但对问题的裁决结果并不满意，您有权申请举行**加州公平实践听证会**，这是由加州社会服务部门开展的独立审查。每份行动通知 (NOA) 中均包含加州公平实践听证会申请表；您必须在邮戳日期或 MHP 将 NOA 面交给您之日起 90 天内提交申请。无论是否收到 NOA，您都可以申请举行公平实践听证会。为在等待听证会期间继续享受相同服务，您必须在 NOA 邮寄或面交之日起十 (10) 天内或在服务变更生效日期之前申请举行听证会，以较迟者为准。申请举行加州公平实践听证会的方式包括致电 1(800) 952-5253、传真至 (916) 651-5210 或 (916) 651-2789，或发函至以下地址：

Department of Social Services/State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430.

如需有关投诉或申诉流程的更多详细信息，请向您的医师/医疗机构索取 **Medi-Cal 心理健康服务指南**。填表过程中如有疑问或需要协助，可联系您的医师/医疗机构或拨打

**消费者援助专线：1(800) 779-0787**



酒精、药物和心理健康服务  
MANUEL J. JIMENEZ, JR. 主任, 婚姻与家庭治疗硕士

Quality Assurance Office  
Consumer Assistance  
2000 Embarcadero Cove, Suite 400  
Oakland, California 94606  
(510) 567-8100 / 听障专线 (510) 567-6884  
免费热线: 1 (800) 779-0787  
传真: (510) 639-1346

### 投诉或申诉申请表

此表用于提出投诉或请求申诉。如果您在填写此表时需要协助, 可求助于您的医师/医疗机构, 或者拨打消费者援助专线 (800) 779-0787 或病患权益专线 (510) 835-2505。需随此表一并提交已署名的**机密信息披露授权书**。投诉或申诉申请表可提交给您的医师/医疗机构 (心理健康医师、病例管理师、临床医师、计划主管等) 或直接寄往消费者援助办公室, 地址为: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606。此表两面均需填写。

我要提出: (选择其一)                       投诉                       申诉

如需通过加急申诉流程提出申诉, 请勾选此处 (详见加急申诉要求)

请务必填写地址和电话号码, 我们需要通过这些信息来告知您投诉或申诉处理结果。  
**请工整填写:**

您的姓名: \_\_\_\_\_

您的地址: \_\_\_\_\_

您的日间电话: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

此号码是否允许留言?                       是                       否

当前医师/医疗机构: \_\_\_\_\_

您的代表 (如适用): \_\_\_\_\_

代表地址: \_\_\_\_\_

代表日间电话: \_\_\_\_\_

~翻页~



请回答下列问题。如有需要可另附页面。

需要反映什么问题? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

您已采取哪些行动来尝试解决该问题? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

您希望得到什么解决方案? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
消费者（或消费者代表）签名

\_\_\_\_\_  
日期

**您不会因为提出投诉或申诉而遭受歧视或任何其他  
惩罚措施。您的隐私始终受加州和联邦法律保护。在投诉或申诉流程结束后，您可以申  
请举行加州公平实践听证会。**



酒精、药物和心理健康服务  
MANUEL J. JIMENEZ, JR. 主任, 婚姻与家庭治疗硕士

Quality Assurance Office  
Consumer Assistance  
2000 Embarcadero Cove, Suite 400  
Oakland, California 94606  
(510) 567-8100 / 听障专线 (510) 567-6884  
免费热线: 1 (800) 779-0787  
传真: (510) 639-1346

### 机密信息披露授权书 (此表两面均需填写)

消费者姓氏	名字	中间名	出生日期
街道地址	城市	邮政编码	日间电话

本人在此签名授权以下人员/机构披露我的机密信息, 包括医疗和精神健康记录:

医师姓名/医疗机构名称	电话		
街道地址	城市/州	邮政编码	传真号码 (如有)

收信人: ACBHCS – QA Office  
Consumer Assistance  
2000 Embarcadero Cove, Suite 400  
Oakland, CA 94606

这些信息仅供处理投诉或申诉请求之用。本人另授权上述个人/机构应要求提供上述信息的副本。

此授权限制范围如下 (选择一项):

- 所有医疗记录
- 仅限自 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ 期间的治疗相关记录
- 仅限以下病况或损伤的入院和治疗相关记录:

仅限以下指定信息: \_\_\_\_\_

~翻页~



所采取行动如无合理依据，本同意书得由签署人随时撤销，期间如未撤销，则自同意之日起六 (6) 个月后终止。签署人可书面或口头告知消费者援助办公室撤销此披露授权。

\_\_\_\_\_  
消费者、法定监护人、代表（圈选其一）签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
联署人签名

\_\_\_\_\_  
日期

除非在披露用途中已有间接说明，否则禁止任何接收方披露任何医疗记录信息。