

投诉和上诉流程



如果您对行为医疗服务心存疑虑或疑问或不太满意, 行为医疗计划 (BHP) 希望确保简单快捷地解决您的疑虑。您或您的代表可以致电 1 (800) 779-0787 联系消费者援助办公室提起投诉或上诉。您也可以询问您的提供商是否有解决投诉的流程。**请使用投诉和上诉申请表提起投诉或申请上诉。**注意, 请联系消费者援助提起上诉, 通过提供商提起的上诉无效。**您不会因提起投诉或上诉而受到歧视或任何其它处罚。**

投诉是指针对上诉和州事务听证程序所涵盖问题之外的行为医疗服务之下述相关事宜表达不满。投诉示例如下: 提供保健服务的质量, 人际关系方面 - 例如员工行事粗鲁等。**提起投诉的步骤:**

- 通过口头或书面方式提起投诉。口头方式提起的投诉无需以书面方式跟进。您也可以授权他人代表您行事。
- 您可以随时提起投诉。
- 收到投诉后 5 日内 (具体日期以邮戳为准), 您将收到书面投诉收到确认书。
- BHP 将在收到您的投诉后 90 个日历日内进行审查, 并以书面方式通知您或您的代表有关决定。如果您的投诉未能在 90 个日历日内予以解决, 您将及时收到有关您投诉权利和具体信息的口头和/或书面通知。
- 如果您需要申请延期, 或者 BHP 出于您的利益考量, 确定需要其它信息而进行延期 (这种情况下, 您将收到 BHP 的口头或书面通知), 您最多可以将时限延长 14 个日历日。

投诉渠道

向阿拉米达县行为医疗 (ACBH) 提起:

电话: 1-800-779-0787 消费者援助
如需听力或语言帮助, 请致电 711 联系加利福尼亚转接服务

美国邮箱: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

亲到现场: 前往心理健康协会的消费者援助处投诉, 地址为
954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

向提供商提起: 您的提供商可能会在内部解决您投诉的问题或将投诉转交到上述 ACBH。您可以从提供商处获得表格和帮助。

上诉是 BHP 针对不利福利确定 (ABD) 进行的审查。**不利福利确定**是指 BHP 或 BHP 签约的提供商针对 Medi-Cal 行为医疗保健服务采取的以下任何行动: 1) 拒绝或限制所申



请服务的授权，包括根据服务类型或水平、医疗必要性、适当性、环境或承保福利有效性做出的决定；2) 减少、暂停或终止先前授权的服务；3) 拒绝支付全部或部分服务费用；4) 未能及时提供服务；5) 未能在投诉和上诉的标准解决规定时限内采取行动；或 6) 拒绝受益人争议金融负债的申请。BHP 针对您行为医疗服务的决定，可能会在向您发送或亲自交付于您的**不利福利确定通知 (NOABD)** 函中进行描述。**上诉步骤：**

- 向 ACBH 提起关于 Medi-Cal 行为医疗服务 NOABD 的标准或加急上诉仅适用于 Medi-Cal 受益人。
- 自 NOABD 之日起 60 日内，您可以亲到现场、通过电话或以书面方式提起上诉。如果您以口头方式提起上诉，则必须签署书面上诉加以跟进。如果您未收到 NOABD，则无上诉截止日期；所以您可以随时提起上诉。您也可以授权他人代表您行事。
- 应要求，如果您在 NOABD 邮寄或交付于您之日起 10 个日历日内提起上诉，您的福利在上诉期间将继续有效。
- 收到上诉后的 5 个日历日内（具体日期以邮戳为准），您将收到书面上诉收到确认书。
- BHP 将在收到您的上诉后 30 日内进行审查，并以书面方式通知您或您的代表有关决定。在此期间，您可以提供口头或书面支持文件，包括提供证据和证词，并提出基于法律和事实的论据。
- 如果您需要申请延期，或者 BHP 出于您的利益考量，确定需要其它信息而进行延期（这种情况下，您将收到 BHP 的口头或书面通知），您最多可以将时限延长 14 个日历日。
- 对投诉结果不满意的受益人不得提起上诉。

下列情况可申请**加急上诉**：如果您认为等待 30 日可能会严重危害您的心理健康或药物滥用疾患状况和/或您达到、维持或恢复最大机能的能力。如果 BHP 认同您的上诉符合加急上诉的要求，BHP 将在收到加急上诉后 72 小时内予以解决。**提起加急上诉的步骤：**

- 自不利福利确定通知 (NOABD) 之日起 60 日内，您可以亲到现场、通过电话或以书面方式提起加急上诉。口头和亲到现场提起的加急上诉后续无需以书面方式提起。您也可以授权他人代表您行事。
- 应要求，如果您在 NOABD 邮寄或交付于您之日起 10 个日历日内提起加急上诉，您的福利在上诉期间将继续有效。
- BHP 将在收到您的加急上诉后 72 小时内进行审查，并以书面上诉解决告知书 (NAR) 通知您或您的代表，亦或口头通知您。在此期间，您可以提供口头或书面支持文件，包括提供证据和证词，并提出基于法律和事实的论据。
- 如果您需要申请延期，或者 BHP 出于您的利益考量，确定需要其他信息而进行延期，您最多可以将规定时限延长 14 个日历日。

- 如果 BHP 判定您的上诉不符合加急上诉的条件，他们将在 2 个日历日内以口头和书面方式及时通知您。之后，您的上诉将按照标准上诉流程进行处理。

上诉渠道

向阿拉米达县 ACBH:

电话: 1-800-779-0787 消费者援助
如需听力或语言帮助，请致电 711 联系加利福尼亚转接服务

美国邮箱: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

亲到现场: 前往心理健康协会的消费者援助处投诉，地址为
954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

如果您已试尽 BHP 的上诉流程，您有权要求进行**州事务听证**，即加利福尼亚州社会服务部进行的独立审查。每份上诉解决告知书（NAR）都附有州事务听证申请；您必须在邮戳日期前的 120 天内或 BHP 亲自将 NAR 交给您本人的当天提交申请。无论您是否已收到 NOABD，都可以申请进行州事务听证。为了在等待听证的过程中继续获得相同的服务，您必须在 NAR 邮寄或者当面交付于您的当日起十（10）日内，或者在服务变更生效日期之前申请进行听证，以这两个时间中较晚的时间为准。州必须在标准听证申请日起 90 日内，以及在收到加急听证申请后的 3 日内做出决定。BHP 必须在收到推翻 BHP ABD 的告知后的 72 小时内，迅速授权或提供争议服务。要申请进行州事务听证，可以致电 1 (800) 952-5253 或 TTY 1 (800) 952-8349，在线访问 <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> 或写信至以下地址：California Department of Social Services/State Hearings Division, P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430。

有关投诉或上诉流程的更多详细信息，请向您的提供商索要 *Medi-Cal 心理健康服务指南* 或 *Medi-Cal 药物服务指南*。如在填写表格时遇到问题或需要帮助，请询问您的提供商或致电：

消费者援助：1(800) 779-0787

投诉或上诉申请

本申请表用于提起投诉或申请上诉。如果您在填写申请表时需要协助, 您可以向您的提供商寻求帮助, 或致电 (800) 779-0787 联系消费者援助。本申请表需连同附有签名的 **机密信息披露授权** 一并提交。投诉或上诉申请可以提交给您的提供商 (医学博士、病例管理员、临床医师、项目主管等), 也可以直接邮寄给消费者援助, 地址为 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606。本申请表正反两面都需要填写。

我想要提起: (单选) 投诉 上诉

如果您申请通过加急上诉流程处理您的上诉, 请勾选此处 (查看加急上诉的要求)

请务必填写您的地址和电话号码。我们需要这些联系信息通知您关于投诉或上诉的结果。
请以正楷书写:

您的姓名: _____

您的地址: _____

您的日间联系电话: _____ 出生日期: _____

我们是否可以通过上述信息留言#? 是 否

当前提供商: _____

您的授权代表 (如有): _____

代表的地址: _____

代表的日间联系电话: _____



请回答以下问题。如有需要，请附加其它页面。

您的问题是什么? _____

为尝试解决此问题，您采取了哪些行动_____

您希望的解决方案是什么? _____

消费者（或消费者的代表）签名

日期

您不会因提起投诉或上诉而受到歧视或任何其它处罚。您的机密信息将始终按照州和联邦法律予以保护。上诉流程结束后，您还可以申请州事务听证。

机密信息披露授权
(本授权表正反两面都需要填写)

消费者的姓氏	名字	中间名	出生日期
--------	----	-----	------

街道地址	城市	邮政编码	日间联系电话
------	----	------	--------

社会保险号 * (必填项)

我申请下列提供商将我的受保护医疗信息 (PHI):

医疗保健提供商名称	电话
-----------	----

街道地址	城市/州	邮政编码	传真# (如果知道的话)
------	------	------	--------------

披露给下列机构: ACBH - QA 办公室
 消费者援助
 2000 Embarcadero Cove, Suite 400
 Oakland, CA 94606

我授权披露我的医疗记录中的以下 PHI:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 急诊室记录 | <input type="checkbox"/> 病理切片/报告 |
| <input type="checkbox"/> 检验报告 | <input type="checkbox"/> 分项账单记录 |
| <input type="checkbox"/> 放射报告 | <input type="checkbox"/> 出院摘要 |
| <input type="checkbox"/> 免疫记录 | <input type="checkbox"/> 病史与体检、咨询 |
| <input type="checkbox"/> 完整医疗记录 (所有页面) | <input type="checkbox"/> 手术报告 |



其它: _____

州和联邦法律保护以下信息。如适用于您，请说明您是否愿意披露/让他人获取此信息（必要时可注明日期）：

- | | | |
|--------------|----------------------------|----------------------------|
| 心理健康记录 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 心理治疗记录 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| HIV 检测及结果 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 酒精、药物或物质滥用记录 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 遗传记录 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

涵盖下述医疗保健时期： 具体日期 _____ 到 _____ **或**

所有过去、现在和将来的经历/就诊

索取信息的目的： 解决我的投诉或上诉申请

以下签署人可以随时撤销此授权同意书，除非已根据本同意书采取行动，如未提前撤销，则将自同意书签署之日起六 (6) 个月后终止。签署人可以通过书面或口头方式告知消费者援助撤销此披露授权同意书。

客户或授权代表签名 日期

正楷姓名 与患者的关系（如适用）

除非在披露目的中有所暗示，否则严禁接收者披露任何医疗记录信息。禁止重新披露受保护的 SUD 信息：42 CFR 第 2 部分禁止未经授权披露这些记录。