

## 申訴與上訴程序



如果您有疑慮或問題，或是對您的行為健康服務不滿意，行為健康計劃 (BHP) 想確保您的疑慮獲得簡明快速的解決。無論您還是您的代表皆可向消費者協助中心辦公室提出申訴或上訴，電話號碼是 1(800) 779-0787。您也可以詢問醫療機構是否有他們自己解決申訴的程序。請使用「申訴與上訴申請表」提出申訴或申請上訴。請注意，您只能向「消費者協助中心」提出上訴，不能向您的醫療機構提出上訴。您不會因提出申訴或上訴而遭到歧視或任何其他懲處。

**申訴**是指針對「上訴與州公平聽證會」程序涵蓋範圍內之問題以外的其他行為健康服務之任何下述相關事務表達不滿。申訴的範例如下：所提供之護理服務品質、各方面人際關係品質 - 例如員工粗魯無禮等**提出申訴的步驟**如下：

- 以口頭或書面方式提出申訴。口頭申訴之後無需追加書面申訴。您可授權他人代表您行事。
- 您隨時皆可提出申訴。
- 在接獲您申訴的 5 天內 (郵戳為憑)，您會收到該申訴的收妥確認函。
- BHP 接獲您的申訴後，會在 90 個曆日內進行審查，其結果將以書面方式通知您或您的代表。如您的申訴無法在 90 個曆日內獲得解決，則會立即以口頭和/或書面方式將您的權利和您申訴的具體相關資訊告知予您。
- 如果您申請延長期限，或如果 BHP 認為其需要更多資訊，而延期是為了您的權益著想 (在此情況下您會收到 BHP 的口頭或書面通知)，則您最多可將期限延長 14 個曆日。

### 提出申訴的管道

向「阿拉美達郡行為健康計劃」(ACBH)：

透過電話： 1-800-779-0787 消費者協助專線

如需聽力或口語協助，並撥打 711 聯絡加州電話轉接服務

透過美國郵件： 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

親到現場： 親至心理健康協會的消費者協助中心，地址為：  
954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

向您的醫療機構：您的服務醫療機構可能會在內部解決您的申訴，或引導您前往上述的 ACBH。您可從醫療機構處取得申請表和協助。

**上訴**是 BHP 針對「不利福利認定」(ABD) 所進行的審查。**不利福利認定**是指 BHP 或與 BHP 簽約的醫療機構針對 Medi-Cal 行為健康護理服務所採取的下列任何行動：1) 對所要求之服務予以拒絕或限制其授權，包括根據服務類型或等級、醫療必要性、適切性、環境



或承保範圍利益之有效性等因素而做出之認定；2) 先前授權服務之減少、暫停或終止；3) 全部或部分拒絕支付某項服務；4) 無法即時提供服務；5) 無法按照申訴與上訴獲得解決的標準規定時限採取應對行動；或 6) 受益人提出財務責任爭議時予以拒絕。BHP 針對您的行為健康服務所做出的決定可能載於**不利福利認定通知 (NOABD)** 信中，該封通知信將郵寄或親自給予您。**提出上訴的步驟如下：**

- 只有 Medi-Cal 受益人可針對 Medi-Cal 行為健康服務的 NOABD，向 ACBH 提出標準或加急上訴。
- 自 NOABD 郵寄日期起算的 60 天內，親到現場、以電話或書面方式提出上訴。如您口頭提出上訴，後續必須追加附有簽名的上訴書。如您未收到 NOABD，則可無期限提出上訴；也就是說，您隨時都可提出上訴。您可授權他人代表您行事。
- 「如果」您在 NOABD 郵寄 (自郵寄日起算) 或給予您的 10 個曆日內提出上訴，則在上訴處理過程中，您的福利將維持不變。
- 在接獲您上訴的 5 個曆日內 (郵戳為憑)，您會收到該上訴的收妥確認函。
- BHP 接獲您的上訴後，會在 30 天內進行審查，其結果將以書面方式通知您或您的代表。在此期間，您可以提供口頭或是書面支援文件，其中包含提供證據和證詞，以及法律和事實論據。
- 如果您申請延長期限，或如果 BHP 認為其需要更多資訊，而延期是為了您的權益著想 (在此情況下您會收到 BHP 的口頭或書面通知)，則您最多可將期限延長 14 個曆日。
- 如受益人對申訴結果不滿意，不得提出上訴。

下列情況可申請 **加急上訴**：當您認為 30 天的等候時間可能嚴重危害您的心理健康或藥物濫用症狀和/或嚴重妨礙您達到、維持或恢復最完善的機能。如 BHP 同意您的上訴符合「加急上訴」的條件，BHP 將在接獲「加急上訴」的 72 小時內做出決議。**提出「加急上訴」的步驟如下：**

- 自「不利福利認定通知」(NOABD) 郵寄日期起算的 60 天內，親到現場、以電話或書面方式提出「加急上訴」。如個人親自和口頭提出「加急上訴」，後續無需追加書面申請。您可授權他人代表您行事。
- 「如果」您在 NOABD 郵寄 (自郵寄日起算) 或給予您的 10 個曆日內提出上訴，則在「加急上訴」處理過程中，您的福利將維持不變。
- BHP 接獲您的「加急上訴」後，會在 72 小時內進行審查，其結果將以「上訴決議通知書」(NAR) 通知您或您的代表，亦可口頭通知您。在此期間，您可以提供口頭或是書面支援文件，其中包含提供證據和證詞，以及法律和事實論據。
- 如果您申請延長期限，或如果 BHP 認為其需要更多資訊，而延期是為了您的權益著想，則您最多可將期限延長 14 個曆日。
- 如果 BHP 判定您的上訴不符合「加急上訴」的條件，則會立即在 2 個曆日內，以

口頭及書面方式通知您。然後，您的上訴將按照「標準上訴」程序進行。

### 提出上訴的管道

#### 向阿拉美達郡 ACBH：

透過電話： 1-800-779-0787 消費者協助專線

如需聽力或口語協助，並撥打 711 聯絡加州電話轉接服務

透過美國郵件： 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

親到現場： 親至心理健康協會的消費者協助中心，地址為：  
954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

如果您已善盡 BHP 的上訴程序，則您有權要求舉行由加州社會服務部門獨立進行審查，即州公平聽證會。每份上訴決議通知書 (NAR) 均附有州公平聽證會申請表；您必須在郵戳日期前 120 天內或 BHP 親自向您提供 NAR 的當天提交申請。無論您是否收到 NOABD，您都可以要求舉行「州公平聽證會」。為了在等待聽證會期間能持續獲得相同服務，您必須在 NAR 郵寄或親自給予您當日起十 (10) 天內或在服務變生效日期之前 (以較晚者為準) 要求舉行聽證會。州政府必須在「標準聽證會」申請日起 90 天內，以及在「加急聽證會」申請日起 3 天內作出決定。BHP 應在收到駁斥 BHP ABD 之通知之日起 72 小時內立即授權或提供爭議服務。您可以致電 1(800) 952-5253 或使用文字電話撥打 1 (800) 952-8349、前往網站 <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>，或寫信到以下地址來申請州聽證會：California Department of Social Services/State Hearings Division, P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430。

如需了解更多申訴與上訴程序的詳細資訊，請向您的醫療機構索取一份 *Medi-Cal 心理健康服務指南* 或 *Drug Medi-Cal 服務指南*。若有任何問題或需要填寫表格方面的協助，請尋求您的醫療機構協助或致電：

消費者協助中心：1(800) 779-0787

## 申訴或上訴申請表

本申請表用於提出申訴或申請上訴。如您填寫本申請表時需要協助，可向您的醫療機構求助，或致電消費者協助中心，電話號碼是 (800) 779-0787。提交本申請表時，需連同附有簽名的**機密資訊披露授權書**一起提交。您可將「申訴或上訴申請表」交給您的醫療機構（醫學博士、案例管理員、臨床醫生、專科主任等），也可以直接郵寄給消費者協助中心，地址是：2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606。請填妥此表格的正反兩面。

我想要提出：(單選)      申訴       上訴

如果您要透過「加急上訴」程序處理您的上訴，請勾選此處 (請參閱「加急上訴」相關條件)

請務必填寫您的地址與電話號碼，我們需要此聯絡資訊才能通知您申訴或上訴的結果。  
**請以正楷填寫：**

您的姓名：\_\_\_\_\_

您的地址：\_\_\_\_\_

您的日間聯絡電話：\_\_\_\_\_ 生日：\_\_\_\_\_

我們是否能使用上述電話號碼留言？是  否

現用醫療機構：\_\_\_\_\_

您的個人代表 (如果有的話)：\_\_\_\_\_

他們的地址：\_\_\_\_\_

他們的日間聯絡電話：\_\_\_\_\_



請回答下列問題。如有需要，可附加其他資料頁。

請敘述您的問題： \_\_\_\_\_

---

---

---

---

您採取了什麼行動來解決上述問題？ \_\_\_\_\_

---

---

---

---

您想要採用何種解決辦法？ \_\_\_\_\_

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
消費者 (或消費者的代表) 簽名

\_\_\_\_\_  
日期

**您不會因提出申訴或上訴而遭到歧視  
或任何其他懲處。您的個人資訊將一律按照州法律及聯邦法律予以保密。上訴程序結束後，  
您可要求舉行「州公平聽證會」。**

**機密資訊披露授權書**  
(請填妥此表格的正反兩面)

第 1 頁

---

消費者姓氏	名字	中間名	出生日期
-------	----	-----	------

---

地址	城市	郵遞區號	日間聯絡電話
----	----	------	--------

---

社會安全號碼 **\*(必填)**

本人要求下列醫療機構將本人之受保護健康資訊 (PHI)：

---

醫療保健機構名稱	電話
----------	----

---

地址	城市/州省	郵遞區號	傳真號碼 (如果知道的話)
----	-------	------	---------------

向下列機構披露：ACBH – QA 辦公室

消費者協助中心

2000 Embarcadero Cove, Suite 400

Oakland, CA 94606

本人授權本人下列病歷之 PHI 可供批露：

- |                               |                                  |
|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 急診記錄 | <input type="checkbox"/> 病理診斷/報告 |
| <input type="checkbox"/> 篩檢報告 | <input type="checkbox"/> 列舉帳單記錄  |



- 放射線影像報告
- 疫苗接種記錄
- 完整病歷 (全部資料頁)
- 其他： \_\_\_\_\_
- 出院病歷摘要
- 病史與體檢、諮詢
- 手術報告

**州法律與聯邦法律規定下列資訊需予以保密。如果此資訊適用於您的情況，請註明您是否願意讓此資訊公開/供他人取得(可註明有效日期)：**

- |                      |                            |                            |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|
| 心理健康記錄               | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 心理治療記錄               | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 人體免疫缺陷病毒 (HIV) 篩檢與結果 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 酒精、藥物或物質濫用記錄         | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 基因記錄                 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

**涵蓋範圍為下列期間之保健記錄：具體日期\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_或**

所有過往、目前及未來之照護/門診

**索取資訊的用途：決議我的申訴或上訴申請**

下方簽署者隨時可撤銷本同意書，依據本同意書內容所採取之行動則不在此限，本同意書自簽署日期起算，最多六 (6) 個月即失效，亦可提前終止。簽署者可通知「消費者協助中心」，以書面或口頭方式撤銷本披露同意書。

\_\_\_\_\_  
客戶或授權代表簽名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
正楷姓名

\_\_\_\_\_  
與病患之間的關係 (如果適用的話)

**嚴禁接獲病歷資訊之人士披露任何病歷資訊，披露用途所隱含者不在此限。禁止重新披露受保護的 SUD 資訊：42 CFR 第 2 部分禁止未經授權即披露這些記錄。**