

**要了解待决上诉或投诉的状态，请联系质量改进协调员，电话：800-660-3570。**

**州公正听证会：**

在上诉决定作出后或未能及时解决后，加州医疗补助计划（Medi-Cal）会员在完成上诉/投诉程序后，可以在任何州公平听证会上提出疑虑。如果您在收到关于您的行为健康服务被拒绝、减少或终止的不利福利决定通知书后的十（10）个日历日内申请听证，则在某些情况下，这些服务可以继续提供，直到听证会举行。每份拒绝、减少或终止服务的不利福利决定通知书都附有一份“州公平听证申请表”。您也可以致电州社会服务处 800-952-5253 申请州公平听证会。

**QUALITY IMPROVEMENT PROGRAM**

P.O. Box 7549  
RIVERSIDE, CA 92513



**RUHEALTH.ORG**

如有需要，本文件可以其他格式提供。如果您需要合理便利措施，请联系  
Riverside University Health System Behavioral Health，电话：951-358-4500。

修订版 7.8.26



RIVERSIDE 县心理健康计划

# 上诉投诉程序和申请表



## RIVERSIDE 大学健康系统 - 行为健康 (RUHS-BH) 上诉和投诉程序

会员和/或会员代表可以口头或书面形式向质量改进计划提出申诉或投诉。如有需要，他们可以向服务提供者或 C.A.R.E.S. 团队寻求帮助。

**上诉**是指对不利福利决定通知 (NOABD) 的审查请求，该通知被定义为拒绝或限制授权所请求的服务，包括减少、暂停或终止先前已授权的服务。这包括对先前已批准的服务进行减少、暂停或终止。上诉程序允许受益人对承保决定提出异议，特别是关于医疗必要性或适当性的问题。上诉应在 NOABD 发出之日起 60 个日历日内提出。标准上诉将在收到后的 5 个日历日内予以确认。

**投诉**被定义不涉及“不利福利决定”事项的不满表达。投诉的例子包括服务差、歧视或护理延误等问题，这与针对福利被拒提出的上诉不同。

如果等待标准上诉决定长达 30 天会危及您的生命、健康或维持或恢复最大功能的能力，您可以申请**快速上诉**。快速上诉可以口头提出。如果心理健康计划认为您的快速上诉符合条件，心理健康计划将在 72 小时内解决您的快速上诉。如果您的上诉不符合快速上诉的要求，我们将在 2 个日历日内立即以口头和书面形式通知您。被驳回的快速上诉可以按标准上诉程序提出。

随函附上上诉/投诉申请表，供会员和/或其代表用于提交书面上诉或投诉，该申请可随时提交。投诉确认将在提交之日起 5 个日历日内完成，解决时间为 30 个日历日内。上诉将根据会员的健康状况予以解决，并遵守自收到上诉之日起 30 天的标准时限。

会员、服务提供者和/或授权代表可以口头或书面方式提出上诉。医疗服务提供者代表会员提出的上诉需要获得会员的书面同意。

如果您在填写表格时需要帮助，您可以向您的医疗服务提供者寻求帮助，或者致电质量改进计划（800-660-3570）、患者权利（800-350-0519）或当地电话（951-358-4600）。

仅限上诉：请说明该会员是否参加了任何由 Medi-Cal 资助的住宿计划。

**自上诉解决通知之日起 120 天内，您有权向加州卫生保健服务部门（DHCS）申请州级听证会，对有关 Medi-Cal 资格、服务或福利的决定提出质疑。**

Riverside County Mental Health Plan

Quality Improvement Coordinator

P.O. Box 7549

Riverside, CA 92513

1-800-660-3570

仅供办公室使用：

经办人：\_\_\_\_\_转发至：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

通知会员日期：\_\_\_\_\_

结果：\_\_\_\_\_

上诉/投诉请求

此表格用于提交上诉或投诉。如果您在填写此表格时需要任何帮助，您可以向您的医疗服务提供者寻求帮助，或致电质量改进计划 (800) 660-3570 或患者权利 (800) 350-0519 或当地电话 (951) 358-4600。提交此上诉/投诉表时，需附上已签署的信息披露表。上诉/投诉表格可以提交给您的临床医生或计划主管，也可以直接邮寄到上面所示的质量改进项目地址。

我希望提交：☐ 上诉    ☐ 投诉    ☐ 快速上诉

请工整书写

您的地址和电话号码很重要。我们需要这些信息以便就您的上诉或投诉结果与您联系。

您的姓名：\_\_\_\_\_  
您的地址：\_\_\_\_\_  
您的日间电话：\_\_\_\_\_

☐ 如果您目前是 Medi-Cal 资助的住宿治疗计划的居民，请在此处打勾。

当前提供者：\_\_\_\_\_  
如适用，您的代表人：\_\_\_\_\_  
他们的地址：\_\_\_\_\_  
他们的日间电话：\_\_\_\_\_

问题出在哪里？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

您希望的解决方案是什么？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

您跟谁谈过这个问题？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

客户（或其代表）签名

日期

您不会因提出上诉或投诉而受到歧视或任何其他处罚。我们将始终根据州和联邦法律保护您的隐私。在上诉或投诉程序完成后，您可以申请举行州公平听证会。

# Riverside County Mental Health Plan

## 医疗记录信息披露授权书

|      |    |      |      |
|------|----|------|------|
| 客户姓氏 | 名字 | 中间名字 | 出生日期 |
|------|----|------|------|

|      |    |      |      |
|------|----|------|------|
| 街道地址 | 城市 | 邮政编码 | 电话号码 |
|------|----|------|------|

本人，即下方签字人，特此授权（持有相关记录的医疗服务提供者的名称和地址）。

医疗服务提供者名称

街道地址

|    |   |      |
|----|---|------|
| 城市 | 州 | 邮政编码 |
|----|---|------|

以及：**Riverside County Mental Health Plan**  
**Quality Improvement (QI)**  
**P.O. Box 7549**  
**Riverside, CA 92513**

授权查阅或获取本人医疗记录的目的如下：\_\_\_\_\_。  
我进一步授权根据要求提供该文件的副本。

该授权受以下限制：

☐ 仅限于以下期间的治疗记录：\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_。

☐ 仅限于与下列疾病或伤害有关的住院及治疗记录：\_\_\_\_\_。

☐ 仅限于以下特定信息：\_\_\_\_\_

☐ 所有医疗记录。

本同意书可由签字人随时撤销，但已依据本同意书采取的行动除外；若未提前撤销，则自同意之日起三（3）个月后，本同意书即告终止，无需另行明确撤销。

客户、法定监护人、代表签名（请圈出）

日期

证人签名

日期

**除披露目的本身所隐含的情况外，接收方不得以任何方式披露医疗记录信息。**