

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：

加州医疗补助计划（Medi-Cal）消费者在完成上诉/投诉程序后，可以在任何州公平听证会上提出他们的疑虑。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判断通知书后的十（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判断通知书都附有一份“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



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。

Rev. 3.23



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

消费者和/或消费者代表可以口头或书面形式向其服务提供商、C.A.R.E.S. 团队或质量改进计划提出上诉或投诉。

上诉是指要求对授权单位 C.A.R.E.S. 团队或 RUHS-BH 计划所采取的行动进行复核。行动的定义是：修改或拒绝向消费者提出的服务请求，和/或减少、暂停或终止先前已授权的服务。

投诉被定义为对精神健康计划所提供服务的的不同表达。不满的例子可能包括：护理或服务的质量、人际互动方面的问题（例如员工的粗鲁行为）等等。

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。如果精神健康计划认为您的快速上诉符合条件，精神健康计划将在 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普通上诉程序提出。

随函附上上诉/投诉申请表，供消费者和/或消费者代表使用，以提交书面上上诉或投诉。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（电话：800-660-3570）、患者权利（电话：800-350-0519）或当地电话（电话：951-358-4600）。

您不会因提出上诉或投诉而受到歧视或任何其他处罚。

仅用于上诉：请说明该消费者是否参加了任何由加州医疗补助计划 (Medi-Cal) 资助的住宿计划。

Medi-Cal 受益人在完成上诉或投诉程序后，可以申请州公平听证会。

Riverside 县心理健康计划质量改进
协调员
P.O. Box 7549
Riverside, CA 92513
1-800-660-3570

仅供办公室使用：
作者：_____ 转发至：_____
日期：_____
通知消费者日期：_____
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

请正楷书写

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（或客户代表）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 县心理健康计划
授权披露医疗记录信息

客户的性氏 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

为了_____的目的，查阅我的医疗记录。
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_____至_____期间的治疗记录。

仅限于以下疾病或损伤的入院和治疗记录：_____

仅限于以下指定信息：_____

所有医疗记录。

本同意书可由签署人随时撤销，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。