



受益人申诉和上诉程序

如果您对护理质量感到不满意，或者您担心您的服务被拒绝、缩减、推迟或终止，请告知我们。我们专门设定相关流程来审查您的投诉。我们希望与您合作解决问题。

您可以请朋友、亲人或您选择的任何人作为您的授权代表。如果您指定别人为您的代表，我们将需要您的书面授权，然后我们才能和他们交流您的情况。

申诉

只要您对行为健康服务部 (Behavioral Health Services) 提供的服务感到不甚满意，就可提出申诉。提出申诉的方式有几种：

- 您可以使用本机构提供的申诉/上诉表和回邮信封，或访问 www.ochealthinfo.com/dmc-ods。
- 您可以致电 **(866) 308-3074** 或 TDD 专线 **(866) 308-3073**，与受理和提交您申诉的人员联系。
- 您可以告知您的治疗提供者（工作人员或机构代表），您想提交申诉，他们会帮助您填写申诉/上诉表，并替您提交。

上诉

如果你是 Medi-Cal 受益人，则在接受服务之前，您的健康计划需要预先授权部分服务。当您的行为健康提供者认为您需要持续接受服务，但健康计划却拒绝、缩减、推迟或终止您的任何预先授权服务时，您可以要求相关机构审查此行为。此过程称为上诉。如果由于健康计划认为某项服务不具有医疗必要性而导致您无法获得服务，您可以要求相关机构审查此行为。此过程称也为上诉。提出上诉的方式有三种。

如果您认为推迟服务会对您的行为健康造成严重问题，包括影响您获得、维持或恢复重要生活功能的能力，您可申请加急上诉，相关机构必须在 72 小时内做出决定。

- 您可以使用本机构提供的申诉/上诉表和回邮信封，或访问 www.ochealthinfo.com/dmc-ods。
- 您可以致电 **(866) 308-3074** 或 TDD 专线 **(866) 308-3073**，与受理和提交您上诉的人员联系。
- 您可以告知您的治疗提供者（工作人员或机构代表），您想提交上诉，他们会帮助您填写申诉/上诉表，并替您提交。

州公平听证会

如果您是 Medi-Cal 受益人，并且健康计划拒绝、缩减、推迟或终止您的任何预先授权服务，则您在行使完成上诉流程之后，可以要求举行州公平听证会。您可以通过三种方式启动此程序：

- 在州网站上在线填写州公平听证会申请表
<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>.
- 如果您收到不利福利决定通知，您会在文件包中找到随附的说明和“州公平听证会请求”表。
- 您可以直接致电 (800) 952-5253 或 TTD 专线 (800) 952-8349 联系 State of California。

如果您有任何疑虑，请与服务主管或计划负责人联系，以确定问题是否可以得到满意的解决。如果您倾向于将您的问题作为申诉提交，您可以使用本机构的表格之一提交，或者您可以联系该地点的提供者代表，以帮助您提交申诉。

本机构的提供者代表：

电话号码：