

## 會員權利及問題解決指南

Sacramento County Mental Health Plan (MHP)會員有權：

- 得到所有心理健康工作人員所給予的有尊重的治療。
- 得到在安全環境中所提供的服務。
- 得到對治療的知情同意以及對處方藥和可用選項的知情同意。
- 得到對個人健康資訊的保護。
- 參與醫療計畫。
- 要求改變護理水準，更換治療師，以及第二意見。
- 考慮與工作人員或提供護理的機構所給予的服務有關的問題或疑慮。
- 就服務提出申訴。
- 就上訴的決議提交州級公平聽證會申請。
- 就 NOABD 提出上訴。
- 在申訴、上訴或州級公平聽證會過程中委託某人代表其行事。
- 得到文化敏感服務。
- 免費使用口譯員。
- 索取並收到他或她的病歷副本，並要求對其進行修改或更正。
- 不受作為脅迫、懲罰、便利或報復之手段的任何形式的約束或隔離。

**Patient Rights Advocate**  
**(916) 333-3800**

**Sacramento County Mental Health Plan**  
**Quality Management - Member Services**

**(916) 875-6069**

免費電話號碼 1-888-881-4881

**TTY (916) 876-8853**

**Sacramento County Board of Supervisors**

Phil Serna, 1<sup>st</sup> 區

Patrick Kennedy, 2<sup>nd</sup> 區

Susan Peters, 3<sup>rd</sup> 區

Sue Frost, 4<sup>th</sup> 區

Don Nottoli, 5<sup>th</sup> 區

**County Executive**  
Navdeep S. Gill

**Department of Health Services**

Peter Beilenson, MD, MPH, 總監

**Division of Behavioral Health**

Ryan Quist, Ph.D., 總監

Sacramento County MHP 遵守適用的聯邦民權法，不基於種族、膚色、民族血統、年齡、殘疾與否或性別而對病患進行歧視。



**Sacramento County**  
**Mental Health Plan (薩克**  
**拉門托縣心理健康計畫)**

# 會員權利 及問題解決 指南

Mental Health Plan (MHP)為有 Medi-Cal 資格的兒童和成年人提供心理健康服務。

### 代言人

以下資源可用於協助填寫表格並解決申訴、上訴和州級公平聽證會：

### Patient Rights (916) 333-3800

Member Services ( 會員服務部 ) (916) 875-6069

在申訴、上訴或州級公平聽證會過程中，會員可指定一位代表以他/她的名義行事。

您的MHP服務將不會因提出申訴、上訴或請求進行州級公平聽證會而受到任何方式的影響。

### 申訴

申訴即指對 Notice of Adverse Benefit Determination (NOABD)以外的任何事宜表示不滿。

申訴可透過致電 Member Services 或完成申訴表格來提交。

- 會員將受到來自 Member Services 有關申訴已收到的書面確認。
- 會員將在(90)九十個自然日內收到書面決議。

\* 在某些情況下可能會允許 14 天的延期。

### 標準上訴

上訴即指審查 NOABD 的要求。當 MHP 拒絕、減少、暫停或終止此前授權的服務；拒絕為服務付款；沒有及時提供服務；或在申訴、標準上訴、加急上訴\*的處理時限內不採取行動，或駁回財務責任糾紛的請求時，則發生 NOABD。

- 會員可以口頭或書面形式提出上訴。口頭上訴後必須有一份署名的書面上訴跟進。
- 會員將受到來自 Member Services 有關收到上訴的書面確認。
- 上訴必須在 NOABD 發生之日 60 天內提出。
- 會員將在 30 個自然日\*內收到書面決議。

### 加急上訴

當會員的生命、健康或具有或維持其最大機能的能力存在風險時，可提出該上訴。

- 會員將在 72 小時內收到書面決議。
- 如果加急上訴被駁回，一份書面通知將傳送至該會員，且標準上訴流程將啟動。

### 建議

來自會員的建議對提供優質、有效的服務很重要。提供者在服務區中設定建議箱。來自會員的建議受到歡迎，它們可被放入這些箱中，也可直接發給心理健康工作人員或代言人。

### State Fair Hearings

如果您是 Medi-Cal 受益人，您有權申請進行 State Fair Hearing。在申請進行 State Fair Hearing 前您必須用盡 MHP 應對上訴的問題解決流程。

負責該聽證會的 Administrative Law Judge 僅對行為相關的問題擁有權力。決議將具有最終裁定效力。

欲申請進行 State Fair Hearing，請將您的請求傳送至：

**State Hearings Division  
California Department of Social  
Services  
P.O.Box 944243, Mail Station 19-37  
Sacramento, CA 94244-2430**

另一種申請聽證會的方式是致電免費電話：1-800-952-5253。如果您是失聰人士且使用 TDD，請致電 1-800-952-8349。

### 表格

申訴及上訴表格可在所有提供者網站上獲得，或可透過聯絡 Member Services 致電 (916) 875-6069，或瀏覽 [www.dhs.saccounty.net](http://www.dhs.saccounty.net) 獲得。

請將填寫完畢的表格郵寄至以下地址：

**Sacramento County Mental Health Plan  
Quality Management - Member Services  
7001A East Parkway, Suite 300M  
Sacramento, CA 95823**