

問題解決程序

如果您對正在接受的心理健康服務不滿意，您可利用問題解決程序消除您的疑慮。

我要如何啟動問題解決程序？

填寫「申訴和上訴表」並將其寄送到 **Quality Assurance Program**，地址為 **P.O. Box 28504, San Jose, CA 95159**。每間診所都備有此表與預先填好地址的信封。

或者 致電 **1-800-704-0900** 或 **408-793-5894** 與 **Quality Assurance Program** 聯絡

上訴與申訴有何區別？

上訴是提請對 **MHP**

或您的服務提供者的某項決定加以審查，因為該決定否決或變更了您認為您需要的服務。您必須在不利保險受益裁決通知日期的 **60**

天內提出上訴。若您沒有收到不利保險受益裁決通知，提出上訴即沒有截止日期。上訴可透過口頭或書面提出。

對於上訴程序不受理的所有事項，您可提出 申訴。

加急類上訴程序：

這是更快決定上訴的方式。如果您認為，等待長達 **30**

天的標準上訴裁決有可能危害您的生命、健康，或讓您錯過可以維持或恢復最大身體功能之時機，您可以提請進行加急類上訴。如果我們的 **Quality Assurance Program** 在審查後判定您的加急類上訴符合要求，**MHP** 在收到加急類上訴的 **72** 小時內會予以解決。若延後對您有利，您或您的 **MHP** 可申請將時限延長到 **14** 個曆日。

還有誰可幫到我？

致電 **1-800-248-MHAP** 或 **408-294-9730** 聯絡 **Mental Health Advocacy Project**

或者

致電 **408-792-2140** 或 **408-852-2460** 聯絡 **Office of Consumer Affairs**

州公平聽證會

在 Medi-Cal

受益人方面，若郡的問題解決程序未能解決您的問題，您可使用下列聯絡方式申請舉行一場州公平聽證會，請致電 **1-800-743-8525**、傳真至 **1-916-651-5210** 或致函：**the Department of Social Services, State Hearings Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430**。州公平聽證會做出的裁決為最終結果。