# 申诉解决通知

#### 日期

## *受益人姓名* *主治医护提供者姓名*

*地址* *地址*

*城市、州、邮政编码* *城市、州、邮政编码*

### 关于：您的申诉

您或*请求医护提供者或授权代表姓名*，已于*日期***代表您向圣地亚哥县行为健康服务（健保计划）提出申诉。**健保计划指定的倡权机构已审查了您的申诉。本通知描述了为解决您的申诉而采取的步骤。

*使用简单的语言，插入：1.受益人提出的申诉摘要；2.为解决申诉而采取的步骤（例如，调查、与医护提供者交谈等）；**3. 对如何解决申诉的清晰简明解释，包括是否以有利于受益人的方式解决；而且 4. 做出决定的原因。*

*如果您对这封信或倡权机构如何做出此决定有任何疑问，可直接致电联系他们讨论此事。*

* 如需门诊服务援助，请致电消费者健康教育与倡权中心 (CCHEA)，电话：1-877-734-3258，服务时间：上午 9 点至下午 5 点。
* 如需住院或住民服务援助，请致电犹太家庭服务 (JFS) 患者倡权计划，电话：619-282-1134 或 1-800-479-2233，服务时间：上午 8 点至下午 5 点。
* 如果听说不便，请致电听障专线 711 求助，服务时间：上午 8 点至下午 5 点。

*如果不想联系倡权机构，可致电以下号码联系健保计划。*

如对申诉的解决不满意，可向健保计划再次提出申诉。健保计划可帮您解决任何本通知相关问题。如需援助，可在上午 8 点至下午 5 点致电 1-888-724-7240 联系求助和​​危机热线 (ACL)。如果听说不便，请致电听障专线 711 求助，服务时间：上午 8 点至下午 5 点。

如需健保计划以其他交流格式（如大字体、盲文或电子格式）提供本通知和/或其他文件，或需援助阅读材料，请致电求助和​​危机热线 (ACL)，电话：1-888-724-7240。

如果健保计划提供的援助无法让您满意和/或您需要额外援助，加州医疗补助计划 (Medi-Cal) 管理式医护监察员办公室 (Ombudsman Office) 可帮您解决任何问题，服务时间：太平洋标准时间周一至周五上午 8 点至下午 5 点，（节假日除外），电话：1-888-452-8609。

*签名块*