

## 會員權利及問題解決指南

Sacramento County 沙加緬度縣預防藥物濫用服務會員有權：

- 受到所有 A 服務提供者的尊重對待。
  - 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。
  - 要求改變護理的水準、更換顧問和第二診療意見。
  - 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。
  - 索要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 Substance Use Prevention  
and Treatment Services Quality Management -  
會員服務部

(916) 875-6069  
免費電話 1-888-881-4881  
TDD California Relay  
Service: 711

### Sacramento County Board of Supervisors

Phil Serna, 1st 區  
Patrick Kennedy, 2nd 區  
Rich Demond, 3rd 區  
Rosario Rodriguez, 4th 區  
Pat Hume, 5th 區

County Executive  
David Villanueva

### Department of Health Services

Timothy W. Lutz, Director

### Division of Behavioral Health

Ryan Quist, Ph.D., Director

Sacramento County 遵守適用的聯邦民權法，  
不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘疾與否  
或性別而歧視患者。

發表於：County of Sacramento Division of  
Behavioral Health  
September 2025



Sacramento County  
Substance Use Prevention  
and Treatment Services

# 會員權利 及問題解決 指南

問題解決—中文版

沙加緬度防止濫用藥物服務為符合 Medi-Cal 資格的兒童和成年人提供治療藥物濫用的服務。

### 代言人

以下資源可用於說明填寫表格並解決申訴、上訴和州級公平聽證會：

Patient Rights (916) 333-3800

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。

您所享用的濫用藥物治療服務將不會因您提出申訴、上訴或請求進行 State Fair Hearing 而受到任何形式的影響。

### 申訴

申訴是對不良受益通知 (NOABD) 以外的任何事情表達不滿的方式。

申訴可通過致電會員服務部或完成填寫申訴表格來提交。

- 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

上訴是對 NOABD 進行審查的要求。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；未及時提供服務；或在申訴、標準上訴、加急上訴\*的處理時限內未採取行動，或駁回財務責任糾紛的請求時，則會觸發 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。
- 會員會收到來自會員服務部已接收相關上訴的書面確認。
- 上訴必須在 NOABD 發生之日起 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，一份書面通知將發送至該會員，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置建議箱。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，您有權申請進行州立公平聽證會。在申請進行州立公平聽證會前，您有義務履行完 ADS 問題解決流程。

負責該聽證會的行政法官僅對案件相關的問題擁有權力。決議將具有最終裁定效力。

欲申請進行州立公平聽證會，請將您的請求發送至：

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撥打免費電話：1-800-952-5253。如果您是使用 TDD 的失聰人士，請撥打 1-800-952-8349。

### 表格

申訴及上訴表格可在所有醫療服務提供者網站上獲得，或通過聯繫會員服務部，撥打 (916) 875-6069，或訪問 <https://dhs.saccounty.gov> 獲取。

請將填寫完畢的表格郵寄至以下位址：

Sacramento County  
Substance Use Prevention and Treatment  
Services  
Quality Management -會員服務部  
7001A East Parkway, Suite 300