



SAN MATEO COUNTY HEALTH

BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES

Quality Management

1950 Alameda de las Pulgas
Suite 157
San Mateo, CA 94403
650-573-3431 T
650-525-1762 F
smchealth.org/bhrs

“NOABD Your Rights”

您在Medi-Cal下的權利

如果您需要本計畫以其他通信格式（例如：大字版、盲文版或電子格式）為您提供此通知和/或其他文件，或者您在閱讀資料方面需要協助，請撥打(800) 388-5189聯絡San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services (BHRS)。

如果您不同意針對心理健康或物質使用障礙治療作出的決定，您可以提出上訴。您需向您的計畫提出上訴。

如何提出上訴

自本「不利福利裁定通知」信函發出之日起，您有**60天**的時間提出上訴。如果您的計畫決定減少、暫停或終止您正在接受的治療，您有權要求計畫在您的上訴接受審查期間繼續提供該治療。這稱為待付費協助 **Aid Paid Pending**。若要符合待付費協助的資格，您必須在這封信發出之日起**10天**內或您的計畫表示服務停止的日期之前（以較晚者為準）向您的計畫提出上訴。儘管在上述期限內提出上訴時，您的計畫必須為您提供待付費協助，但您應在提出上訴時告知您的計畫，您希望在上訴得到裁決前獲得待付費協助。如果上訴裁決維持了本計畫的不利福利決定，您將無需承擔繼續治療的費用。

如果您錯過了**10天**的上訴期限，或者沒有在計畫表示服務停止的日期之前提出上訴，您仍可在本《不利福利裁定通知》信函發出之日起**60天**內提出上訴。但是，在您的上訴被裁決期間，您將不會獲得待付費協助。

您可以透過電話或書面方式提出上訴。如果您透過電話提出上訴，則必須再提交一份已簽署的書面上訴。如果您需要協助，本計畫將提供免費協助。



- 透過電話提出上訴：在上午8点到下午5点 間致電(800) 388-5189 聯絡Office of Consumer and Family Affairs (OCFA)。或者，如果您有語言或聽力障礙，請致電(800) 855-7100 聯。
- 書面上訴：請填寫上訴表或寫信給您的計畫並寄送至：

Office of Consumer & Family Affairs
1950 Alameda de las Pulgas, San Mateo CA 94403

您的服務提供者將備有上訴表格。OCFA也可以寄送表格給您。

您可以自行提出上訴，或者委託親戚、朋友、辯護人、服務提供者或律師等人代您提出上訴。此人稱為「授權代表」。您可以遞送您希望您的計畫審查的任何類型的資訊。您的上訴將由不同的服務提供者審查，而非作出第一個決定的人。

您的計畫會在30天內給予您答覆。屆時，您將收到一封「上訴決議通知」信，其中將告知您本計畫的最終決定。如果您在30天內沒有收到包含本計畫決定的信函，您可以請求舉行「州聽證會」，屆時法官將審查您的個案。請閱讀以下部分，以了解如何請求舉行州聽證會。

加急上訴

如果您認為等待30天的時間會對您的健康有害，您也許可在72小時內得到答覆。提出上訴時，請說明為什麼等待30天的時間會對您的健康有害，並請務必申請「加急上訴」。

州聽證會

如果您提起上訴並收到「上訴決議通知」信，信中告知您，您的計畫仍不會提供相關服務，或者您未在30天內收到通知您決定的信件，您都可以申請舉行「州聽證會」，屆時法官將審查您的個案。您無需支付州聽證會的費用。



您必須在「上訴決議通知」信發出後**120天**內請求舉行州聽證會。如果您的計畫在您上訴過程中繼續為您提供爭議中的治療，您有權請求本計畫在州聽證會得出決定前繼續提供該治療。如果您目前正在接受治療，並且希望在州聽證會請求被審查期間繼續接受治療，則您必須在「上訴決議通知」的郵戳日期或送達日期起**10天**內請求舉行州聽證會。在請求舉行州聽證會時，您必須聲明希望繼續接受治療。如果州聽證會決定維持本計畫的不利福利決定，您將無需承擔繼續治療的費用。您無需支付州聽證會的費用。您可以透過撥打電話、電子方式或書面方式請求舉行州聽證會：

- **撥打電話**：致電**1-800-952-5253**。如果您有語言或聽力障礙，請撥打**TTY/TDD 1-800-952-8349**
- **電子方式**：您可以線上請求舉行州聽證會。請造訪加州社會服務部 (California Department of Social Services) 的網站以填寫電子表格：
<https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- **書面方式**：填寫州聽證會表格或寫信並郵寄至：

**California Department of Social
Services State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430**

請務必註明您的姓名、地址、電話號碼、出生日期以及您希望舉行州聽證會的原因。如果有人協助您請求舉行州聽證會，請在表格或信件中提供其姓名、地址和電話號碼。您需要口譯服務，請告知我們您使用的語言。口譯服務不收取費用，我們將免費為您安排一名口譯員。

在您申請舉行州聽證會後，有關部門可能需要長達**90天**的時間來裁決您的個案並予以答覆。如果您認為**90天**的時間會對您的健康有害，您也許可在**3個**工作日內得到答覆。您可以請服務提供者或計畫為您撰寫說明函，也可以自己撰寫。這封信必須詳細說明，等待個案決定長達**90日**將如何嚴重危害您的生命、健康或您達到、維持或恢復最強身體機能的能力。然後，請求舉行「**加急聽證會**」，並將這封信與您的聽證會請求一併提交。



SAN MATEO COUNTY HEALTH

BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES

Quality Management

1950 Alameda de las Pulgas

Suite 157

San Mateo, CA 94403

650-573-3431 T

650-525-1762 F

smchealth.org/bhrs

第二意見

經您請求，您有權免費獲得網絡內外合格醫療保健專業人員的第二意見。

授權代表

您可以親自在州聽證會上發言。或者委託親戚、朋友、辯護人、提供者或律師等人代您發言。如果您希望他人為您發言，則您必須告知州聽證會辦公室此人已獲得允許以代表您發言。此人稱為「授權代表」。

法律援助

您也許可以獲得免費的法律援助。您也可以撥打您所在縣的法律援助計畫電話：1-888-804-3536。