



NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION (NOABD)

您在 MEDI-CAL 的權利

如果您需要本通知及（或）其他計畫文件的替代格式，例如大字版、點字或電子格式，或是您需要閱讀資料的協助，請致電 1-888-246-3333 聯絡健康服務中心（Health Access Center）。

如果您不同意對於您的精神健康或物質使用障礙治療所做的決定，您可以提出上訴。上訴會向您的計畫提出。

如何提出上訴

您可在這份「不利福利認定通知書」的 **60 天**內提出上訴。如果您正在接受治療而且想要繼續治療，您必須從本信日期或是您的計畫將要終止服務日期之前的 **10 天**內提出上訴。提出上訴時，必須表示您希望繼續接受治療。

您可以用電話或書面形式提出上訴。如果您用電話提出上訴，您必須接著提出簽名的書面上訴。如果您需要協助，行為健康服務部可以免費提供。

- 用電話上訴：在上班時間致電 415-255-3632 聯絡申訴 / 上訴辦公室 8am - 5pm。您可以致電 1-888-246-3333 每日 24/7 聯絡行為健康服務中心，如果您有聽力或語言障礙，請致電 TDD: 1-888-484-7200。
- 用書面上訴：填寫上訴表或寫信給您的計畫，然後寄至：

**San Francisco Behavioral Health Services
Grievance/Appeal Office
1380 Howard Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103**

您的提供者可提供上訴表格。行為健康服務部也可以把表格寄給您。

您可以自己提出上訴，或是請別人為您提出上訴，例如親戚、朋友、倡護者、提供者或律師。此人稱為「授權代表」。

您可以寄出您希望計畫審核的任何資訊。
會由做出最初決定之外的另一人審查您的上訴。



您的計畫要在 **30** 天內給您答覆。屆時您會收到「上訴決議通知書」。本信會告訴您計畫的決定。如果您沒有在 **30** 天內得到計畫的決定信函，您可以要求舉行「州聽證會」，由法官審核您的案件。請閱讀下一節有關如何要求舉行州聽證會的指示。

加速上訴

如果您認為等候 **30** 天有害您的健康，您也許可以在 **72** 小時內得到答覆。提出上訴時，請說明為何等待有害您的健康。務必要求「**加速上訴**」。

州聽證會

如果您提出上訴，然後收到「上訴決議通知書」得知計畫不會提供服務，或是您從未收到告知您的決定的來信，而且時間已經超過 **30** 天，您可以要求舉行「州聽證會」，由法官審核您的案件。您不必為州聽證會付費。

您必須在「上訴決議通知書」日期的 **120** 天內要求舉行州聽證會。您可以打電話、寄電子郵件或寫信要求舉行州聽證會：

- **電話**：致電 **1-800-952-5253**。如果您不能說話或聽力不好，請致電 **TTY/TDD 1-800-952-8349**。
- **電子方式**：您可以在線上要求舉行州聽證會。請瀏覽加州社會服務部的網站填寫電子表格：[Hearing Request](#)
- **書面**：填寫州聽證會表格或將來信寄至：

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

務必註明您的姓名、地址、電話號碼、出生日期，以及您想要舉行州聽證會的原因。如果有人協助您提出州聽證會的請求，請在表格或信函上註明他們的姓名、地址、電話號碼。

如果您需要口譯員，請告訴我們您說的語言。
您不必為口譯員付費。我們會幫您找到一位口譯員。

在您提出州聽證會的請求後，可能最多要等 **90** 天來判定您的案例並將答覆寄給您。如果您認為等待有害您的健康，您也許可以在 **3** 個工作天內獲得答覆。您可以請您的提供者或計畫為您寫信，或是您自己來寫。這封信必須說明如果您的案例最多等 **90** 天才獲得判



定，會如何嚴重損害您的生命、健康，或是取得、保持或恢復最大機能的能力。然後您可以要求舉行「**加速聽證會**」，並在您的聽證請求隨附此信。

授權代表

您可以在州聽證會上代表自己，或是請親戚、朋友、倡護者、提供者或律師代表您。如果您想要另一個人代表您，您必須告訴州聽證會辦公室該人可以代表您發言。此人稱為「授權代表」。

法律協助

您也許能夠獲得免費的法律協助。您也可以致電 **1-888-804-3536** 聯絡所在縣的當地法律協助計畫。