



您在 MEDI-CAL 下享有的权利

如果您需要本通知及/或计划内其他文件以大号字体、盲文、电子格式等无障碍沟通形式提供，或需要协助阅读相关材料，请致电阿拉米达县心理健康协会 (MHAAC)：1-800-779-0787。

如果您对心理健康或物质使用障碍治疗的相关决定不服，可向您的计划提出上诉。上诉需向您的计划提交。

如何提出上诉

您须自本《不利权益裁定通知书》发出之日起 **60 日内** 提出上诉。如果医疗服务提供方决定减少、暂停或终止您正在接受的治疗，您有权要求计划在上诉审核期间继续提供该项治疗。该程序称为“待定期间援助延续”。要符合待定期间援助延续的资格，您必须在本通知书日期起 10 日内，或在计划注明的服务停止日期前（以较晚者为准）向计划提出上诉。即使您在上述期限内提出上诉，计划依法须为您提供待定期间援助延续，您仍应在提出上诉时明确告知计划，您希望在上诉作出裁决前继续享受该项治疗。

如果上诉结果维持计划的原不利权益决定，您亦无需承担此期间继续治疗所产生的费用。

如果您错过了 10 天的上诉申请期限，或未在医疗服务提供方通知的服务停止日期前提出上诉，您仍可自本《不利权益裁定通知书》发出之日起 60 天内提出上诉。但在此情况下，上诉审理期间将无法享受待定期间援助延续。

您可通过电话或书面形式提出上诉。如果您通过电话提出上诉，您必须补交经签名的书面上诉材料。如需协助，计划将为您免费提供帮助。

- **电话上诉**：请于上午 9 点至下午 5 点致电 1-800-779-0787 联系 MHAAC。如果您有听力或语言障碍，请拨打听障专线：711

- **书面上诉**：填写上诉表格或致函您计划，并邮寄至：Mental Health Association of Alameda County
2855 Telegraph Avenue, Suite 501
Berkeley, CA 94705

您的医疗服务提供方可提供上诉表格，也可将表格寄送给您。

您可以自行提出上诉，也可由亲属、朋友、权益代理人、医疗服务提供方或律师等代为提出上诉。该代为上诉人士称为“授权代表”。您可提交任何您希望由医疗服务提供方审核的相关材料。您的上诉将由非作出原决定的其他医疗服务提供方进行审核。

医疗服务提供方须在 30 天内作出答复，并向您寄送《上诉结果通知书》信函。该信函将告知计划的最终决定。**如果您在 30 天内未收到决定通知书，可申请“州听证会”，由法官对您的案件进行审核。**有关如何申请州听证会的具体指引，请参阅下文说明。

加急上诉

如果您认为等待 30 天会损害健康，可申请在 72 小时内得到答复。提出上诉时，请说明等待会危害健康的理由，并明确要求“**加急上诉**”。

州听证会

如果您已提出上诉，并收到《上诉结果通知书》，告知计划仍拒绝提供相关服务；或**超过 30 天仍未收到决定通知**，您可申请州听证会，由法官审核您的案件。您无需为州听证会支付任何费用。

您必须在收到《上诉结果通知书》之日起**120 天**内申请州听证会。如果在计划上诉流程中，医疗服务提供方已继续为您提供存在争议的治疗，您有权要求计划继续提供该项治疗，直至州听证会作出裁决。**如果您目前正在接受治疗，且希望在州听证会申请审核期间继续接受治疗，则必须在《上诉结果通知书》的邮戳日期或送达日期起 10 天**内申请州听证会，并在申请时明确说明你希望继续接受治疗。当您要求举行州听证会时，您必须说明您希望继续接受治疗。如果州听证会裁决维持计划的原福利不利决定，您无需承担继续治疗所产生的费用。您无需为州听证会支付任何费用。

您可通过电话、线上或书面方式申请州听证会：

- **电话申请：**致电 **1-800-952-5253**。如果您说话不便或听力不佳，请拨打**听障专线：711**
- **线上申请：**您可在线申请州听证会。请访问加利福尼亚州社会服务部网站填写电子表格：<https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- **书面申请：**填写州听证会申请表或写信并寄至：

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

请务必注明您的姓名、地址、电话号码、出生日期以及申请州听证会的原因。若有他人协助您申请，请在表格或信函中填写该协助人的姓名、地址及电话号码。如需口译人员，请告知您所使用的语言。口译服务无需付费，我们将为您安排。

在您申请州听证会后，案件裁决及答复送达最长可能需要 30 天。如果您认为等待如此之久会损害健康，可申请在 3 个工作日内获得裁决。您可要求您的医疗服务提供方或计划为您出具说明信，也可自行书写该信。这封信必须详细解释等待长达 30 天的时间来裁决您的案件将如何严重损害您的生命、您的健康或您获得、维持或恢复最大机能的能力。之后请申请“**加急听证会**”，并将该说明信随听证会申请一并提交。

第二意见

根据您的请求，您有权在网络内或网络外，免费获得由合格医疗专业人员提供的第二意见。

授权代表

您可亲自在州听证会上陈述，也可由亲属、朋友、权益代理人、医疗服务提供方或律师代您陈述。如果您希望由他人代为陈述，必须告知州听证办公室该人士已获得您的授权。该代为陈述人士称为“授权代表”。

法律援助

您可申请免费法律援助。您也可致电您所在县的当地法律援助项目：1-888-804-3536。