Grievance or Appeal?

If you have a concern or problem

Or are not satisfied with your behavioral health services

Call Consumer Assistance

(See details of Grievance and Appeals Process in your language below)

(Spanish) **¿Queja o apelación?** Si tiene alguna inquietud o algún problema o no está satisfecho con los servicios de salud mental…..Llame a Ayuda al consumidor

(Consulte los detalles del Proceso de quejas y apelaciones en su idioma a continuación)

(Traditional Chinese) **投诉还是申诉？**如果您对心理健康治疗服务有意见或不太满意请致电消费者援助办公室

（详情参见下文中以您的常用语言提供的投诉和申诉流程）

(Vietnamese) **Than Phiền hay Kháng Cáo?** Nếu quý vị có một quan tâm hay vấn đề, hoặc không hài lòng với những dịch vụ sức khỏe tâm thần của mình…..Hãy liên lạc văn phòng Trợ Giúp Khách Hàng

(Xem chi tiết về Tiến Trình Than Phiền và Kháng Cáo bằng ngôn ngữ của quý vị dưới đây)

(Simplified Chinese) **投訴還是申訴？**若您對心理健康服務有任何疑慮或問題，或者有任何不滿，請向消費者協助辦事處洽詢

(請參閱下方以您的母語註明之投訴和申訴程序詳細內容)

(Farsi) **شکایت یا درخواست تجدید نظر؟** اگر شما نگرانی یا مشکلی دارید، یا از خدمات سلامت (صحت) روانی خود راضی نیستید... با بخش (شعبهٔ) کمک به مصرف کننده ها تماس بگیرید. (جزئیات روند (مراحل) شکایت و درخواست تجدید نظر را به زبان خود در بخش زیر ملاحظه کنید)

(Korean) **Grievance or Appeal?** If you have a concern or problem or are not satisfied with your behavioral health services, call Consumer Assistance. (See details of Grievance and Appeals Process in your language below)

(Tagalog) **Grievance or Appeal?** If you have a concern or problem or are not satisfied with your behavioral health services, call Consumer Assistance. (See details of Grievance and Appeals Process in your language below)

Revised 4/2019

1 (800) 779-0787

For Assistance Hearing/Speaking , call 711- California Relay Service

alameda county behavioral health

MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES

Grievance and Appeal System

The Grievance and Appeals process through Alameda County's Behavioral Health Plan (BHP) is described below. The BHP is inclusive of both county and county-contracted providers. You will not be subject to discrimination or any other penalty for filing a Grievance or Appeal. You may obtain the Grievance and Appeal Request form and self-addressed envelope at all provider sites and you should not have to ask anyone to get one. If you are a Medi-Cal beneficiary, you may ask your provider for a copy of ***Guide to Medi-Cal Mental Health Services*** or ***Guide to Drug Medi-Cal Services*** which contains more detail or call **Consumer Assistance at (800) 779-0787.**

Grievance Process

A **Grievance** is defined as an expression of dissatisfaction about any matter regarding your behavioral health services that are not one of the problems covered by the Appeal and State Fair Hearing processes.

Steps to file a Grievance:

- File a Grievance orally or in writing. Oral grievances do not have to be followed up in writing. You may authorize another person to act on your behalf.
- You may file a Grievance at any time.
- You will receive a written acknowledge of receipt of your Grievance postmarked within 5 days of receipt of the Grievance.
- The BHP has 90 calendar days after the receipt of your Grievance to review it and notify you or your representative in writing about the decision. If resolution of your grievance is not reached within 90 calendar days you will be provided prompt oral and/or written notification of your rights and specific information on your grievance.
- Timeframes may be extended by you up to 14 calendar days if you request an extension, or if the BHP determines that there is a need for additional information and that the delay is for your benefit.

Standard Appeal Process

(Only applies to Medi-Cal beneficiaries receiving Medi-Cal services)

An **Appeal** is a review by the BHP of an Adverse Benefit Determination (ABD). An **Adverse Benefit Determination** is defined to mean any of the following actions taken by the BHP regarding Medi-Cal behavioral health services: 1) The denial or limited authorization of a requested service, including determinations based on the type or level of service, medical necessity, appropriateness, setting, or effectiveness of a covered benefit; 2)The reduction, suspension, or termination of a previously authorized service; 3) The denial, in whole or in part, of payment for a service; 4) The failure to provide services in a timely manner; 5) The failure to act within the required timeframes for standard resolution of grievances and appeals; or 6) The denial of a beneficiary's request to dispute financial liability. The decision made by the BHP about your behavioral health services may be described in a **Notice of Adverse Benefit Determination (NOABD)** letter sent or given personally to you. Steps to file an Appeal:

- File an Appeal in person, on the phone or in writing within 60 days of the date of a NOABD. If you file the Appeal in orally you must follow it up with a signed written Appeal. If you did not receive a NOABD, there is no deadline for filing; so you may file at any time. You may authorize another person to act on your behalf.
- Upon request, your benefits will continue while the Appeal is pending IF you file the Appeal within 10 calendar days from the date the NOABD was mailed or given to you.
- You will receive a written acknowledge of receipt of your Appeal postmarked within 5 calendar days of receipt of the Appeal.
- The BHP has 30 days after the receipt of your Appeal to review it and notify you or your representative in writing about the decision.
- Timeframes may be extended by you up to 14 calendar days if you request an extension, or if the BHP feels that there is a need for additional information and that the delay is for your benefit.
- Appeals are not available to beneficiaries that are not happy with the outcome of their grievances.

Expedited Appeal Process

(Only applies to Medi-Cal beneficiaries receiving Medi-Cal services)

An **Expedited Appeal** can be requested if you think waiting 30 days could seriously jeopardize your mental health or substance use disorder condition and/or your ability to attain, maintain or regain maximum function. If the BHP agrees that your appeal meets the requirements for an Expedited Appeal, the BHP will resolve it within 72 hours after the Expedited Appeal is received.

Steps to file an Expedited Appeal:

- File an Expedited Appeal in person, on the phone or in writing within 60 days of the date of a Notice of Adverse Benefit Determination (NOABD). Verbal and in person requests for Expedited Appeals do not have to be put in writing. You may authorize another person to act on your behalf.
- Upon request, your benefits will continue while the Expedited Appeal is pending IF you file the Appeal within 10 calendar days from the date the NOABD was mailed or given to you.
- The BHP has 72 hours after the receipt of your Expedited Appeal to review it and notify you or your representative in a written Notice of Appeal Resolution (NAR), and may notify you verbally as well.
- Timeframes may be extended by you up to 14 calendar days if you request an extension, or if the BHP feels that there is a need for additional information and that the delay is for your benefit.
- If the BHP decides that your appeal does not qualify for an Expedited Appeal, they will notify you right away verbally and in writing within 2 calendar days. Your appeal will then follow the Standard Appeal process.

State Fair Hearing

(Only applies to Medi-Cal beneficiaries receiving Medi-Cal services)

You have a right to a **State Fair Hearing**, an independent review conducted by the California Department of Social Services, if you have exhausted the BHP's Appeals process. A request for a State Fair Hearing is included with each Notice of Appeal Resolution (NAR); you must submit the request within 120 days of the postmark date or the day that the BHP personally gave you the NAR. You may request a State Fair Hearing whether or not you have received a NOABD. To keep your same services while waiting for a hearing, you must request the hearing within ten (10) days from the date the NAR was mailed or personally given to you or before the effective date of the change in service, whichever is later. The State must reach its decision within 90 calendar days of the date of request for Standard Hearings and for Expedited Hearings within 3 days of the date of request. The BHP shall authorize or provide the disputed services promptly within 72 hours from the date it receives notice reversing the BHP's ABD.

You may also request a State Fair Hearing by calling
(800) 952-5253 or for **TTY 1-800-952-8349**, electronically:
https:secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx
or writing to:
California Department of Social Services/State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Consumer Assistance (800) 779-0787

For assistance hearing/speaking, call 711, California Relay Service

GRIEVANCE and APPEALS PROCESS (English)

Sistema de Quejas y Apelaciones

A continuación se describe el proceso de Quejas y Apelaciones del Plan de Salud Conductual (BHP) del Condado de Alameda. El BHP incluye tanto proveedores del condado como contratistas del condado. Usted no estará sujeto a ningún tipo de discriminación o sanción por entablar una queja o apelación. Usted puede obtener un formulario de solicitud para queja o apelación y un sobre con la dirección del destinatario en todas las oficinas del proveedor y no tiene que pedirle a nadie que le obtenga uno. Si usted es un beneficiario de Medi-Cal, puede pedirle a su proveedor una copia de la **Guía para los Servicios de Salud Mental Medi-Cal o la Guía para Servicios de Medicamentos Medi-Cal las cuales contienen información detallada o bien llamar a Asistencia al consumidor al (800) 779-0787.**

Proceso para Quejas

Una Queja se define como una expresión de insatisfacción acerca de cualquier cuestión relacionada con sus servicios de salud conductual que no sea uno de los problemas cubiertos bajo los procesos de Apelación y las Audiencias Estatales Justas.

Pasos para entablar una queja:

- Cómo entablar una queja por escrito u oralmente. A las quejas orales no tiene que darle seguimiento por escrito. Usted puede autorizar a otra persona a que actúe en su nombre.
- Usted puede entablar una queja en cualquier momento.
- Usted recibirá una acuso de recibo escrito de su Queja con matasellos dentro de los siguientes 5 días a la recepción de su Queja.
- El BHP tiene 90 días naturales después de la recepción de su Queja para revisarla y notificarle a usted o a su representante por escrito sobre la decisión. Si la resolución de su queja no se logra dentro de 90 días naturales entonces se le proporcionará una notificación puntual oral y/o escrita de sus derechos e información específica sobre su queja.
- Los plazos se pueden ampliar por hasta 14 días naturales si usted solicita una extensión, o si el BHP determina que existe la necesidad de información adicional y que el retraso es para su beneficio.

Proceso Estándar de Apelación

(Solo se aplica a beneficiarios Medi-Cal que están recibiendo servicios Medi-Cal)

Una **Apelación** es una revisión por el BHP sobre una **determinación desfavorable de un beneficio** (ABD). Una determinación desfavorable de un beneficio se define y significa cualquiera de las siguientes acciones tomadas por BHP en relación a los servicios de salud conductual Medi-Cal: 1) La negación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluidas determinaciones con base en el tipo o nivel de servicio, necesidad médica, idoneidad, entorno, o efectividad de un beneficio cubierto; 2) La reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado; 3) La negación, total o parcial, de pago por un servicio; 4) La falta de proporcionar servicios oportunamente; 5) La falta de actuación dentro de los plazos requeridos para la resolución estándar de quejas y apelaciones; o 6) La negación de la petición de un beneficiario para disputar una responsabilidad económica. La decisión elaborada por el BHP acerca de sus servicios de salud conductual se puede describir en una carta de **Notificación de Determinación Desfavorable de Beneficios (NOABD) que se le envía o entrega personalmente a usted. Pasos para entablar una apelación:**

- Entablar una apelación en persona, por teléfono o por escrito dentro de 60 días a partir de la fecha de una NOABD. Si usted entabla una Apelación oralmente, entonces debe darle seguimiento con una apelación escrita firmada. Si usted no recibe una NOABD entonces no existe una fecha límite para entablarla, usted puede entablarla en cualquier momento. Usted puede autorizar a otra persona a que actúe en su nombre.
- De ser solicitado, sus beneficios continuarán mientras su apelación se resuelve SI usted entabla la apelación dentro de 10 días naturales a partir de la fecha en que la NOABD se le envió por correo o se le entregó a usted.
- Usted recibirá un acuso de recibo escrito de recepción de su Apelación con matasellos dentro de los siguientes 5 días naturales a la recepción de su Apelación.
- El BHP tiene 30 días después de la recepción de su Apelación para revisarla y notificarle a usted o a su representante por escrito sobre la decisión.
- Los plazos se pueden ampliar por hasta 14 días naturales si usted solicita una extensión, o si el BHP cree que existe la necesidad de información adicional y que el retraso es para su beneficio.
- Las apelaciones no están disponibles para beneficiaros que no están satisfechos con los resultados de sus quejas.

Proceso Acelerado de Apelación

(Solo se aplica a beneficiarios Medi-Cal que están recibiendo servicios Medi-Cal)

Se puede solicitar **una apelación acelerada** si usted piensa que la espera de 30 días podría poner en peligro gravemente su salud mental o su condición del trastorno por uso de sustancias y/o su habilidad para lograr, mantener o recuperar el máximo funcionamiento. Si el BHP reconoce que su apelación cumple con los requisitos para una apelación acelerada, el BHP la resolverá dentro de 72 horas después de recibir la apelación acelerada.

Pasos para entablar una apelación acelerada:

- Entablar una apelación acelerada en persona, por teléfono o por escrito dentro de 60 días a partir de la fecha de una Notificación de Determinación Desfavorable de Beneficios (NOABD). Las solicitudes verbales y en persona para apelaciones aceleradas no tienen que poner por escrito. Usted puede autorizar a otra persona a que actúe en su nombre.
- De ser solicitado, sus beneficios continuarán mientras su apelación acelerada se resuelve SI usted entabla la apelación dentro de 10 días naturales a partir de la fecha en que la NOABD se le envió por correo o se le entregó a usted.
- El BHP tiene 72 horas después del acuso de recibo de su apelación acelerada para revisarla y notificarle a usted o a su representante en un Aviso de Resolución de Apelación (NAR) por escrito, también se le puede notificar verbalmente.
- Los plazos se pueden ampliar por hasta 14 días naturales si usted solicita una extensión, o si el BHP cree que existe la necesidad de información adicional y que el retraso es para su beneficio.
- Si el BHP decide que su apelación no reúne los requisitos para una apelación acelerada, ellos le notificaran inmediatamente por escrito y verbalmente dentro de 2 días naturales. De ser así su apelación seguirá el proceso estándar de apelación.

Audiencia estatal justa

(Solo se aplica a beneficiarios Medi-Cal que están recibiendo servicios Medi-Cal)

Usted cuenta con el derecho de tener una **Audiencia Estatal Justa**, esta es una revisión independiente llevada a cabo por el Departamento de Servicios Sociales de California, si usted ha agotado el proceso de apelaciones de BHP. Se incluye una solicitud para una Audiencia Estatal Justa con cada Aviso de Resolución de Apelación (NAR); usted debe enviar la solicitud dentro de 120 días de la fecha del matasellos o el día en que el BHP le dio personalmente a usted el NAR. Usted puede solicitar una Audiencia Estatal Justa sin importar si ha recibido o no ha recibido un NOABD. Para conservar los mismos servicios mientras espera por una audiencia, debe solicitar la audiencia dentro de diez (10) días a partir de la fecha en que se envió por correo o se le dio personalmente el NAR a usted o antes de la fecha de vigencia en el cambio en servicio, lo que ocurra con mayor posterioridad. El Estado debe alcanzar su decisión dentro de 90 días naturales después de la fecha de la solicitud para las Audiencias normales y para Audiencias de urgencia dentro de 3 días de la fecha de solicitud. El BHP deberá autorizar o proporcionar los servicios disputados de inmediato dentro de 72 horas a partir de la fecha en que recibe la notificación que revoca la ABD del BHP.

También puede solicitar una Audiencia estatal justa llamando al
(800) 952-5253 o para TTY **1-800-952-8349**, de forma electrónica:
https:secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx
O bien escribiendo a:
California Department of Social Services/State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
California Department of Social Services/State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Asistencia al Consumidor (800) 779-0787

Para recibir asistencia con problemas auditivos/del habla, llamar al 711, Servicio de Retransmisión de CA

PROCESO de QUEJAS y APELACIONES (Español)

申訴與上訴制度

阿拉美達郡行為健康計劃 (BHP) 的申訴與上訴程序規定如下。BHP 包含郡立以及與郡簽約的醫療機構。您不會因提出申訴或上訴而遭到歧視或任何其他懲處。您可在所有醫療機構網站取得「申訴與上訴申請表」及回郵信封，無需經任何人同意即能索取。如您為 Medi-Cal 受益人，則可向您的醫療機構索取一份 **Medi-Cal 心理健康服務指南或 Drug Medi-Cal 服務指南，這些指南中載有詳細說明，也可以致電消費者協助中心，電話號碼是 (800) 779-0787。**

申訴程序

申訴是指針對「上訴與州公平聽證會」程序涵蓋範圍內之問題以外的其他行為健康服務任何相關事務表達不滿。**提出申訴的步驟如下：**

- 以口頭或書面提出申訴。口頭申訴之後無需追加書面申訴。您可授權他人代表您行事。
- 您隨時皆可提出申訴。
- 在接獲您申訴的 5 天內 (郵戳為憑)，您會收到該申訴的書面收妥確認函。
- BHP 接獲您的申訴後，會在 90 個曆日內進行審查，其結果將以書面方式通知您或您的代表。如您的申訴無法在 90 個曆日內獲得解決，則會立即以口頭和/或書面方式將您的權利和您申訴的具體相關資訊告知予您。
- 如果您申請延長期限，或如果 BHP 判定其需要更多資訊，而延期是為了您的權益著想，則您最多可將期限延長 14 個曆日。

標準上訴程序

(僅適用接受 Medi-Cal 服務的 Medi-Cal 受益人)

上訴是 BHP 針對「不利福利認定」(ABD) 所進行的審查。**不利福利認定**是指 BHP 針對 Medi-Cal 行為健康服務所採取的下列任何行動：1) 對所要求之服務予以拒絕或限制其授權，包括根據服務類型或等級、醫療必要性、適切性、環境或承保範圍利益之有效性等因素而做出之認定；2) 先前授權服務之減少、暫停或終止；3) 全部或部分拒絕支付某項服務；4) 無法即時提供服務；5) 無法按照申訴與上訴獲得解決的標準規定時限採取應對行動； 或 6) 受益人提出財務責任爭議時予以拒絕。BHP 針對您的行為健康服務所做出的決定可能載於**不利福利認定通知 (NOABD)** 信中，該封通知信將郵寄或親自給予您。提出上訴的步驟如下：

- 自 NOABD 郵寄日期起算的 60 天內，親到現場、以電話或書面方式提出上訴。如您口頭提出上訴，後續必須追加附有簽名的上訴書。如您未收到 NOABD，則可無期限提出上訴；也就是說，您隨時都可提出上訴。您可授權他人代表您行事。
- 「如果」您在 NOABD 郵寄 (自郵寄日起算) 或給予您的 10 個曆日內提出上訴，則在上訴處理過程中，您的福利將維持不變。
- 在接獲您上訴的 5 個曆日內 (郵戳為憑)，您會收到該上訴的收妥確認函。
- BHP 接獲您的上訴後，會在 30 天內進行審查，其結果將以書面方式通知您或您的代表。
- 如果您申請延長期限，或如果 BHP 認為其需要更多資訊，而延期是為了您的權益著想，則您最多可將期限延長 14 個曆日。
- 如受益人對申訴結果不滿意，不得提出上訴。

加急上訴程序

(僅適用接受 Medi-Cal 服務的 Medi-Cal 受益人)

下列情況可申請**加急上訴**：當您認為 30 天的等候時間可能嚴重危害您的心理健康或藥物濫用症狀和/或嚴重妨礙您達到、維持或恢復最完善的機能。如 BHP 同意您的上訴符合「加急上訴」的條件，BHP 將在接獲「加急上訴」的 72 小時內做出決議。

提出「加急上訴」的步驟如下：

- 自「不利福利認定通知」(NOABD) 郵寄日期起算的 60 天內，親到現場、以電話或書面方式提出「加急上訴」。如個人親自和口頭提出「加急上訴」，後續無需追加書面申請。您可授權他人代表您行事。
- 「如果」您在 NOABD 郵寄 (自郵寄日起算) 或給予您的 10 個曆日內提出上訴，則在「加急上訴」處理過程中，您的福利將維持不變。
- BHP 接獲您的「加急上訴」後，會在 72 小時內進行審查，其結果將以「上訴決議通知書」(NAR) 通知您或您的代表，亦可口頭通知您。
- 如果您申請延長期限，或如果 BHP 認為其需要更多資訊，而延期是為了您的權益著想，則您最多可將期限延長 14 個曆日。
- 如果 BHP 判定您的上訴不符合「加急上訴」的條件，則會立即在 2 個曆日內，以口頭及書面方式通知您。然後，您的上訴將按照「標準上訴」程序進行。

州公平聽證會

(僅適用接受 Medi-Cal 服務的 Medi-Cal 受益人)

如果您已善盡 BHP 的上訴程序，則您有權要求舉行由加州社會服務部門獨立進行審查，即**州公平聽證會**。每份「上訴決議通知書」(NAR) 均附有「州公平聽證會」申請表；您必須在郵戳日期前 120 天內或 BHP 親自向您提供 NAR 的當天提交申請。無論您是否收到 NOABD，您都可以要求舉行「州公平聽證會」。為了在等待聽證會期間能持續獲得相同服務，您必須在 NAR 郵寄或親自給予您當日起十 (10) 天內或在服務變更生效日期之前 (以較晚者為準) 要求舉行聽證會。州政府必須在「標準聽證會」申請日起 90 天內，以及在「加急聽證會」申請日起 3 天內作出決定。BHP 應在收到駁斥 BHP ABD 之通知之日起 72 小時內立即授權或提供爭議服務。

您也可以撥打下列電話號碼要求舉行「州公平聽證會」：

(800) 952-5253，或是**使用文字電話 1-800-952-8349**，亦可使用下列電子方式：

https:secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx

或是寫信到以下地址：

California Department of Social Services/State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

消費者協助中心： (800) 779-0787

如需聽力/口語協助，請撥打 711 聯絡加州電話轉接服務

申訴與上訴序(繁體中文版)

Hệ Thống Khiếu Nại và Kháng Cáo

Tiến trình Khiếu Nại và Kháng Cáo thông qua Chương Trình Sức Khỏe Hành Vi (BHP) của Quận Alameda được miêu tả dưới đây. BHP bao gồm cả quận và các nhà cung cấp có hợp đồng với quận. Quý vị sẽ không bị phân biệt đối xử hoặc bất kỳ hình phạt nào khác khi nộp đơn Khiếu Nại hoặc Kháng Cáo. Quý vị có thể lấy mẫu đơn Yêu Cầu Khiếu Nại và Kháng Cáo và phong bì có ghi sẵn địa chỉ tại tất cả các trang web của nhà cung cấp và quý vị không cần phải xin bất cứ ai lấy. Nếu quý vị là người thụ hưởng Medi-Cal, quý vị có thể xin nhà cung cấp của quý vị một bản sao ***Hướng Dẫn về Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần của Medi-Cal*** hoặc ***Hướng Dẫn về Dịch Vụ Thuốc Men của Medi-Cal*** với nhiều chi tiết hơn hoặc gọi đến văn phòng **Trợ Giúp Người Tiêu Dùng ở số (800) 779-0787.**

Tiến Trình Khiếu Nại

Khiếu Nại được định nghĩa là bày tỏ sự không hài lòng về bất kỳ vấn đề nào liên quan đến các dịch vụ sức khỏe hành vi của quý vị mà không phải là một trong những vấn đề được nêu trong các tiến trình Kháng Cáo và Phiên Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang.

Các bước để nộp đơn Khiếu Nại:

- Khiếu Nại bằng lời nói hoặc bằng văn bản. Khiếu nại bằng lời nói không cần phải được tiếp nối bằng văn bản. Quý vị có thể ủy quyền cho người khác hành động thay mặt mình.
- Quý vị có thể nộp đơn Khiếu Nại bất cứ lúc nào.
- Quý vị sẽ nhận được một thư xác nhận là đã nhận được Khiếu Nại của quý vị với dấu bưu điện trong vòng 5 ngày tính từ khi nhận được Khiếu Nại.
- BHP có 90 ngày theo lịch sau khi nhận được Khiếu Nại của quý vị để xem xét và gửi thư thông báo về quyết định cho quý vị hoặc người đại diện của quý vị. Nếu không giải quyết được khiếu nại trong vòng 90 ngày theo lịch, quý vị sẽ được thông báo ngay bằng lời nói và/hoặc văn bản về các quyền của quý vị và thông tin cụ thể về khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể được gia hạn tối đa 14 ngày theo lịch nếu quý vị xin gia hạn, hoặc nếu BHP quyết định rằng cần có thêm thông tin và sự chậm trễ là vì lợi ích của quý vị.

Tiến Trình Kháng Cáo Tiêu Chuẩn

(Only (Chỉ áp dụng cho người thụ hưởng Medi-Cal đang hưởng các dịch vụ Medi-Cal)

Kháng Cáo là sự duyệt xét của BHP về Quyết Định Bất Lợi Về Quyền Lợi (ABD). **Quyết Định Bất Lợi Về Quyền Lợi** được định nghĩa là bất kỳ hành động nào sau đây được thực hiện bởi BHP liên quan đến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi Medi-Cal: 1) Từ chối hoặc cho phép có giới hạn về một dịch vụ được yêu cầu, bao gồm các quyết định dựa trên loại hoặc mức độ dịch vụ, mức cần thiết về y tế, tính cách thích hợp, hoàn cảnh, hoặc hiệu quả của một quyền lợi được bảo hiểm; 2) Giảm bớt, đình chỉ, hoặc chấm dứt một dịch vụ được cho phép trước đây; 3) Từ chối, toàn bộ hoặc một phần, trả tiền cho một dịch vụ; 4) Không cung cấp dịch vụ kịp thời; 5) Không hành động trong thời hạn cần thiết để giải quyết đúng tiêu chuẩn các khiếu nại và kháng cáo; hoặc 6) Từ chối yêu cầu của người thụ hưởng để phủ nhận trách nhiệm tài chánh. Quyết định do BHP đưa ra về các dịch vụ sức khỏe hành vi của quý vị có thể được miêu tả trong thư **Thông Báo về Quyết Định Bất Lợi Về Quyền Lợi (NOABD)** được gửi hoặc trao tận tay quý vị. Các bước để nộp đơn Kháng Cáo:

- Nộp Kháng Cáo bằng cách đích thân, qua điện thoại hoặc bằng văn bản trong vòng 60 ngày tính từ ngày của NOABD. Nếu quý vị nộp đơn Kháng Cáo bằng lời nói, quý vị phải gửi tiếp theo một thư Kháng Cáo có chữ ký. Nếu quý vị không nhận được NOABD, thì không có hạn chót phải nộp đơn; vì vậy quý vị có thể nộp bất cứ lúc nào. Quý vị có thể ủy quyền cho người khác hành động thay mặt quý vị.
- Khi quý vị yêu cầu, các quyền lợi của quý vị sẽ tiếp tục trong khi Kháng Cáo đang chờ xử lý NẾU quý vị nộp đơn Kháng Cáo trong vòng 10 ngày theo lịch tính từ ngày NOABD được gửi hoặc trao cho quý vị.
- Quý vị sẽ nhận được một thư xác nhận đã nhận được đơn Kháng Cáo có dấu bưu điện của quý vị trong vòng 5 ngày theo lịch tính từ khi nhận được Kháng Cáo.
- BHP có 30 ngày sau khi nhận được Kháng Cáo của quý vị để xem xét và gửi thư thông báo về quyết định cho quý vị hoặc người đại diện của quý vị.
- Quý vị có thể được gia hạn tối đa 14 ngày theo lịch nếu quý vị yêu cầu gia hạn, hoặc nếu BHP cảm thấy cần có thêm thông tin và sự chậm trễ là vì lợi ích cho quý vị.
- Kháng Cáo không dành cho những người thụ hưởng không hài lòng với kết quả của khiếu nại.

Tiến Trình Kháng Cáo Cấp Tốc

(Chỉ áp dụng cho người thụ hưởng Medi-Cal đang hưởng các dịch vụ Medi-Cal)

Có thể yêu cầu **Kháng Cáo Cấp Tốc** nếu quý vị nghĩ rằng việc chờ đợi 30 ngày có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến sức khỏe tâm thần hoặc tình trạng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và/hoặc khả năng của quý vị để đạt được, duy trì hoặc lấy lại chức năng tối đa. Nếu BHP đồng ý rằng kháng cáo của quý vị hội đủ điều kiện để là một Kháng Cáo Cấp Tốc, BHP sẽ giải quyết trong vòng 72 giờ sau khi nhận được Kháng Cáo Cấp Tốc đó. **Các bước để nộp đơn Kháng Cáo Cấp Tốc:**

- Gửi Kháng Cáo Cấp Tốc bằng cách đích thân, qua điện thoại hoặc bằng văn bản trong vòng 60 ngày tính từ ngày của Thông Báo về Quyết Định Bất Lợi Về Quyền Lợi (NOABD). Yêu cầu Kháng Cáo Cấp Tốc bằng lời nói và bằng cách đích thân không cần phải được viết thành văn bản. quý vị có thể ủy quyền cho người khác hành động thay mặt quý vị.
- Khi quý vị yêu cầu, các quyền lợi của quý vị sẽ tiếp tục trong khi Kháng Cáo Cấp Tốc đang chờ xử lý NẾU quý vị nộp đơn Kháng Cáo trong vòng 10 ngày theo lịch tính từ ngày NOABD được gửi hoặc trao cho quý vị.
- BHP có 72 giờ sau khi nhận được Kháng Cáo Cấp Tốc của quý vị để xem xét và gửi thư cho quý vị hoặc người đại diện của quý vị để Thông Báo về Quyết Định cho Kháng Cáo (NAR), và cũng có thể thông báo cho quý vị bằng lời nói.
- Quý vị có thể được gia hạn tối đa 14 ngày theo lịch nếu quý vị yêu cầu gia hạn, hoặc nếu BHP cảm thấy cần có thêm thông tin và việc trì hoãn là vì lợi ích cho quý vị.
- Nếu BHP quyết định rằng kháng cáo của quý vị không hội đủ điều kiện để là một Kháng Cáo Cấp Tốc, họ sẽ thông báo cho quý vị ngay bằng lời nói và bằng văn bản trong vòng 2 ngày theo lịch. Kháng cáo của quý vị sau đó sẽ được giải quyết theo tiến trình Kháng Cáo Tiêu Chuẩn.

Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang

(Chỉ áp dụng cho người thụ hưởng Medi-Cal đang hưởng các dịch vụ Medi-Cal)

Quý vị có quyền xin **Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang**, tức là một cứu xét độc lập được Bộ Dịch Vụ Xã Hội California thực hiện, nếu quý vị đã tận dụng hết tiến trình Kháng Cáo của BHP. Một đơn yêu cầu Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang được bao gồm trong mỗi Thông báo về Quyết Định cho Kháng Cáo (NAR); quý vị phải gửi đơn yêu cầu trong vòng 120 ngày tính từ ngày đóng dấu bưu điện hoặc ngày mà BHP trao NAR tận tay cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang cho dù quý vị có nhận được NOABD hay không. Để giữ nguyên các dịch vụ của quý vị trong khi chờ đợi phiên điều trần, quý vị phải yêu cầu điều trần trong vòng mười (10) ngày tính từ ngày NAR được gửi qua bưu điện hoặc trao tận tay quý vị hoặc trước ngày thay đổi dịch vụ có hiệu lực, bất luận trường hợp nào xảy ra sau. Tiểu Bang phải đạt được quyết định của họ trong vòng 90 ngày theo lịch tính từ ngày yêu cầu đối với Điều Trần Tiêu Chuẩn và đối với Điều Trần Cấp Tốc thì trong vòng 3 ngày tính từ ngày yêu cầu. BHP sẽ cho phép hoặc cung cấp các dịch vụ tranh chấp một cách nhanh chóng trong vòng 72 giờ tính từ ngày nhận được thông báo đảo ngược ABD của BHP.

Quý vị cũng có thể yêu cầu Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang bằng cách gọi số
(**800) 952-5253** hoặc cho **TTY 1-800-952-8349**, bằng điện tử:
https:secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx
hoặc viết thư cho:
California Department of Social Services/State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Trợ Giúp Người Tiêu Dùng (800) 779-0787

Để được giúp đỡ về nghe/nói, hãy gọi 711, Dịch Vụ Chuyển Tiếp California

TIẾN TRÌNH KHIẾU NẠI và KHÁNG CÁO (Tiếng Việt)

投诉和上诉制度

阿拉米达县行为医疗计划（BHP）的投诉和上诉流程如下所述。BHP 包括县以及县签约的提供商。您不会因提起投诉或上诉而受到歧视或任何其它处罚。您可以在所有提供商网站上获得投诉和上诉申请表以及回邮信封，您无需经任何人同意即可获取。如果您是 Medi-Cal 受益人，您可以向您的提供商索要包含更多详细信息的 ***Medi-Cal 心理健康服务指南***或 ***Medi-Cal 药物服务指南***， 或致电 **（800）779-0787 与消费者援助联系。**

投诉流程

- **投诉**是指针对上诉和州事务听证程序所涵盖问题之外的行为医疗服务相关事宜表达不满。

投诉步骤：

- 通过口头或书面方式提起投诉。口头方式提起的投诉无需以书面方式跟进。您也可以授权他人代表您行事。
- 您可以随时提起投诉。
- 收到投诉后 5 日内（具体日期以邮戳为准），您将收到书面投诉收到确认书。
- BHP 将在收到您的投诉后 90 个日历日内进行审查，并以书面方式通知您或您的代表有关决定。如果您的投诉未能在 90 个日历日内予以解决，您将及时收到有关您投诉权利和具体信息的口头和/或书面通知。
- 如果您申请延期，或者 BHP 出于您的利益考量，确定需要其它信息而进行延期，您最多可以将时限延长 14 个日历日。

标准上诉流程

（仅适用于接受 Medi-Cal 服务的 Medi-Cal 受益人）

上诉是 BHP 针对不利福利确定（ABD）进行的审查。**不利福利确定**是指 BHP 针对 Medi-Cal 行为医疗服务采取的以下任何行动：1）拒绝或限制所申请服务的授权，包括根据服务类型或水平、医疗必要性、适当性、环境或承保福利有效性做出的决定；2）减少、暂停或终止先前授权的服务；3）拒绝支付全部或部分服务费用；4）未能及时提供服务；5）未能在投诉和上诉的标准解决规定时限内采取行动；或 6）拒绝受益人争议金融负债的申请。BHP 针对您行为医疗服务的决定，可能会在向您发送或亲自交付于您的**不利福利确定通知（NOABD）**函中进行描述。上诉步骤：

- 在 NOABD 之日起 60 日内，您可以亲到现场、通过电话或以书面方式提起上诉。如果您以口头方式提起上诉，则必须签署书面上诉加以跟进。如果您未收到 NOABD，则无上诉截止期限；所以您可以随时提起上诉。您也可以授权他人代表您行事。
- 应要求，如果您在 NOABD 邮寄或交付于您之日起 10 个日历日内提起上诉，您的福利在上诉期间将继续有效。
- 收到上诉后的 5 个日历日内（具体日期以邮戳为准），您将收到书面上诉收到确认书。
- BHP 将在收到您的上诉后 30 日内进行审查，并以书面方式通知您或您的代表有关决定。
- 如果您需要申请延期，或者 BHP 出于您的利益考量，确定需要其他信息而进行延期，您最多可以将时限延长 14 个日历日。
- 对投诉结果不满意的受益人不能提起上诉。

加急上诉流程

（仅适用于接受 Medi-Cal 服务的 Medi-Cal 受益人）

下列情况可申请**加急上诉**：如果您认为等待 30 日可能会严重危害您的心理健康或药物滥用疾患状况和/或您达到、维持或恢复最大机能的能力。如果 BHP 认同您的上诉符合加急上诉的要求，BHP 将在收到加急上诉后 72 小时内予以解决。

提起加急上诉的步骤：

- 自不利福利确定通知（NOABD）之日起 60 日内，您可以亲到现场、通过电话或以书面方式提起加急上诉。口头和亲到现场提起的加急上诉后续无需以书面方式提起。您也可以授权他人代表您行事。
- 应要求，如果您在 NOABD 邮寄或交付于您之日起 10 个日历日内提起加急上诉，您的福利在加急上诉期间将继续有效。
- BHP 将在收到您的加急上诉后 72 小时内进行审查，并以书面上诉解决告知书（NAR）通知您或您的代表，亦或口头通知您。
- 如果您需要申请延期，或者 BHP 出于您的利益考量，确定需要其它信息而进行延期，您最多可以将时限延长 14 个日历日。
- 如果 BHP 判定您的上诉不符合加急上诉的条件，他们将在 2 个日历日内以口头和书面方式及时通知您。之后，您的上诉将按照标准上诉流程进行处理。

州事务听证

（仅适用于接受 Medi-Cal 服务的 Medi-Cal 受益人）

如果您已试尽 BHP 的上诉流程，您有权要求进行**州事务听证**，即加利福尼亚州社会服务部进行的独立审查。每份上诉解决告知书（NAR）都附有州事务听证申请；您必须在邮戳日期前的 120 天内或 BHP 亲自将 NAR 交给您本人的当天提交申请。无论您是否已收到 NOABD，都可以申请进行州事务听证。为了在等待听证的过程中继续获得相同的服务，您必须在 NAR 邮寄或者当面交付于您的当日起十（10）日内，或者在服务变更生效日期之前申请进行听证，以这两个时间中较晚的时间为准。州必须在标准听证申请日起 90 日内，以及在收到加急听证申请后的 3 日内做出决定。BHP 必须在收到推翻 BHP ABD 的告知后的 72 小时内，迅速授权或提供争议服务。

要申请进行州事务听证，可以致电

（800）952-5253 或 **TTY 1-800-952-8349**，电子形式：

https:secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx

或写信至以下地址：

California Department of Social Services/State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

消费者援助 (800) 779-0787

如需听力/语言帮助，请致电 711 联系加利福尼亚转接服务

投诉和上诉流程（简体中文）

불만 제기 및 이의 신청 시스템

Alameda County의 Behavioral Health Plan(BHP)을 통한 불만 제기 및 이의 제기 절차가 아래에 설명되어 있습니다. BHP는 카운티와 카운티와 계약한 제공자 모두를 포함합니다. 귀하는 불만 제기 또는 이의 신청에 대해 차별이나 어떤 다른 불이익도 받지 않을 것입니다. 모든 제공자 기관에서 불만 제기 및 이의 신청서 양식과 회신용 봉투를 얻을 수 있으며, 이를 받기 위해 누구에게도 요청할 필요가 없습니다. 귀하가 Medi-Cal의 수혜자인 경우, 서비스 제공자에게 보다 상세한 내용이 포함된 ***Medi-Cal 정신건강 서비스 가이드(Guide to Medi-Cal Mental Health Services)*** 또는 ***의약품 Medi-Cal 서비스 가이드(Guide to Drug Medi-Cal Services)*** 사본을 요청하시거나 **(800) 779-0787번으로 소비자 지원부서**에 전화하실 수 있습니다.

불만 제기 절차

불만이란 아래 기술된 이의 제기 및 주 정부 공정 심의회 프로세스에서 다루어진 문제 중 하나가 아닌 행동 건강 서비스에 관한 모든 문제에 대한 불만의 표현으로 정의됩니다.

불만 제기 단계:

- 구두 또는 서면으로 불만을 제기하십시오. 구두 불만은 서면으로 후속 조치를 취할 필요가 없습니다. 다른 사람이 귀하를 대신하여 조치를 취하게 할 수도 있습니다.
- 귀하는 언제든 불만을 제기할 수 있습니다.
- 귀하는 불만 제기를 접수한 날로부터 5일 이내에 소인이 찍힌 불만 제기 접수 인정서를 받을 것입니다.
- BHP는 불만을 접수한 후 달력일 기준 90일 이내에 이를 검토하여 그 결정에 대해 서면으로 귀하나 귀하의 대리인에게 통지합니다. 달력일 기준 90일 이내에 귀하의 불만을 해결할 수 없는 경우, 귀하는 귀하의 권리와 불만에 대한 구체적인 정보에 대해 구두 및/또는 서면으로 즉시 통지를 받을 것입니다.
- 귀하가 연장을 요청하거나, BHP가 추가 정보를 필요로 하고 연장이 귀하에게 이롭다고 여기는 경우에는 기간이 달력일 기준 최대 14일까지 연장될 수 있습니다.

표준 이의 신청 절차

(Medi-Cal 서비스를 받는 Medi-Cal 수혜자에게만 적용)

이의 신청은 불리한 혜택 결정(Adverse Benefit Determination, ABD)에 대한 BHP의 심사입니다. **불리한 혜택 결정**이란 BHP 또는 BHP가 계약한 제공자가 Medi-Cal 행동 건강 서비스에 관해 취한 다음과 같은 조치를 의미합니다: 1) 서비스의 종류 또는 수준, 의료 필요성, 적정성, 설정 또는 보장되는 혜택의 효과에 근거한 결정을 포함하여 요청된 서비스의 거부 또는 제한된 승인, 2) 이전에 승인된 서비스의 축소, 중단 또는 종료, 3) 서비스에 대한 지불의 전부 또는 일부의 거부, 4) 적시에 서비스를 제공하지 못함, 5) 요구되는 불만 제기 및 이의 신청의 표준 해결 기한 내에 행동을 하지 못함, 또는 6) 수혜자의 재무 부채 분쟁에 대한 요청 거부. 귀하의 행동 건강 서비스에 대한 BHP의 결정은 귀하에게 개인적으로 제공되거나 발송된 **불리한 혜택 결정 통지서(Notice of Adverse Benefit Determination, NOABD)**에 설명되어 있습니다. 이의 신청 단계:

- NOABD 날짜로부터 60일 이내에 직접, 전화로 또는 서면으로 이의를 신청하십시오. 구두로 이의 신청을 하는 경우, 귀하는 서명한 서면 이의 신청서로 후속 조치를 해야 합니다. NOABD를 받지 못했다면, 신청에 대한 마감일은 없으므로 언제든 신청할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대신하여 조치를 취하게 할 수도 있습니다.
- NOABD가 귀하에게 발송 또는 제공된 날로부터 달력일 기준 10일 이내에 이의 신청을 한 경우, 요청 시 이의 신청이 계류 중인 동안 귀하의 혜택이 지속될 것입니다.
- 이의 신청 접수로부터 달력일 기준 5일 이내에 소인이 찍힌 귀하의 이의 신청 접수 인정서를 받게 됩니다.
- BHP는 이의 신청서 접수 후 30일 이내에 이를 검토하고 결정에 대해 귀하 또는 귀하의 대리인에게 서면으로 통지해 드립니다.
- 귀하가 연장을 요청하거나, BHP가 추가 정보를 필요로 하고 연장이 귀하에게 이롭다고 여기는 경우에는 기간이 달력일 기준 최대 14일까지 연장될 수 있습니다.
- 불만 제기 결과에 만족하지 않는 수혜자는 이의 신청을 이용할 수 없습니다.

신속 이의 신청 절차

(Medi-Cal 서비스를 받는 Medi-Cal 수혜자에게만 적용)

30일을 기다리는 것이 정신 건강이나 물질 사용 장애 상태 및/또는 최대 기능을 확보, 유지 또는 회복하기 위한 능력에 중대하게 해가 될 수 있다고 생각되는 경우, **신속 이의 신청**을 요청할 수 있습니다. BHP가 귀하의 이의 신청이 신속 이의 신청 요건에 해당한다고 동의하는 경우, BHP는 신속 이의 신청이 접수된 후 72시간 이내에 이를 해결할 것입니다.

신속 이의 신청 단계:

- 불리한 혜택 결정(NOABD) 통지서 날짜로부터 60일 이내에 직접, 전화 또는 서면으로 신속 이의 신청을 하십시오. 신속 이의 신청에 대한 구두 및 직접 요청은 서면으로 작성하지 않아도 됩니다. 다른 사람이 귀하를 대신하여 조치를 취하게 할 수도 있습니다.
- NOABD가 귀하에게 발송 또는 제공된 날로부터 달력일 기준 10일 이내에 이의 신청을 한 경우, 요청 시 신속 이의 신청이 계류 중인 동안 귀하의 혜택이 지속될 것입니다.
- BHP는 신속 이의 신청서 접수 후 72시간 이내에 이를 검토하고 이의 신청 해결 통지서(Notice of Appeal Resolution, NAR)로 귀하나 귀하의 대리인에게 통지하고 구두로도 통지해 드릴 수 있습니다.
- 귀하가 연장을 요청하거나, BHP가 추가 정보를 필요로 하고 연장이 귀하에게 이롭다고 여기는 경우에는 기간이 달력일 기준 최대 14일까지 연장될 수 있습니다.
- BHP가 귀하의 이의 신청이 신속 이의 신청에 적합하지 않다고 결정하는 경우, 즉시 구두로 그리고 서면으로 달력일 기준 2일 이내에 통지해 드릴 것입니다. 귀하의 이의 신청은 이후 표준 이의 신청 절차를 따릅니다.

주 정부 공정 심의회

(Medi-Cal 서비스를 받는 Medi-Cal 수혜자에게만 적용)

귀하가 BHP 이의 신청 절차를 모두 소진했다면 캘리포니아주 사회복지부(California Department of Social Services)가 실시하는 독립 심사인 **주 정부 공정 심의회**를 요청할 권리가 있습니다. 주 정부 공정 심의회에 대한 요청은 각 이의 해결 통지서(NAR)에 포함되어 있습니다. BHP가 개인적으로 귀하께 NAR를 제공한 날 또는 소인 일로부터 120일 이내에 요청을 제출해야 합니다. 귀하는 NOABD의 수령 여부와 상관없이 주 정부 공정 심의회를 요청할 수 있습니다. 심의회를 기다리는 동안 동일한 서비스를 유지하기 위해서는, NAR이 우편으로 또는 개인적으로 제공된 날 또는 서비스 변경 발효일 이전 중 나중일 기준 10일 이내에 심의회를 요청해야 합니다. 주 정부는 표준 심의회의 경우 달력일 기준 요청일 3일 이내에, 또한 신속 심의회의 경우 요청일로부터 90일 이내에 결정에 도달해야 합니다. BHP는 BHP의 ABD를 바꾸는 통지서 수령일로부터 72시간 이내에 즉시 분쟁 중인 서비스를 제공 또는 승인해야 합니다.

주 정부 공정 심의회는 다음과 같이 요청할 수 있습니다. 전화:

(800) 952-5253 또는 **TTY 1-800-952-8349**, 인터넷:

https:secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx

또는 서면:

California Department of Social Services/State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

소비자 지원부서 (800) 779-0787

청각 또는 언불만 제기 및 이의 신청 절차(한국어)

불만 제기 및 이의 신청 절차(한국어)

Sistema ng Karaingan at Apela

Ang proseso ng Karaingan at Mga Apela sa Behavioral Health Plan (BHP, Plano sa Kalusugan ng Pag-uugali) ng County ng Alameda ay ipinapaliwanag sa ibaba. Nabibilang sa BHP ang parehong mga provider ng county at mga provider na kinontrata ng county. Hindi ka mapapailalim sa diskriminasyon o iba pang kaparusahan dahil sa paghain ng Karaingan o Apela. Maaari kang makakuha ng form para sa Karaingan at Paghiling ng Apela at sobre na may address sa lahat ng mga lokasyon ng provider at hindi mo dapat kailanganing magtanong sa sinuman para makakuha nito. Kung ikaw ay benepisyaryo ng Medi-Cal, maaari kang humiling sa iyong provider ng kopya ng ***Gabay sa Mga Serbisyo sa Kalusugang Pangkaisipan ng Medi-Cal (Guide to Medi-Cal Mental Health Services)*** o ***Gabay sa Mga Serbisyo sa Gamot ng Medi-Cal (Guide to Drug Medi-Cal Services)*** na naglalaman

Proseso ng Karaingan

Ang **Karaingan** ay ipinapaliwanag bilang isang pagpapahayag ng hindi kasiyahan tungkol sa anumang bagay kaugnay ng iyong mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na hindi nabibilang sa mga problema na saklaw ng mga proseso ng Apela at Patas na Pagdinig ng Estado.

Mga hakbang sa paghain ng Karaingan:

- Maghain ng Karaingan pasalita o sa pamamagitan ng pagsulat. Ang mga karaingan na pasalita ay hindi na kinakailangang sundan ng pagsulat. Maaari kang mag-awtorisa ng ibang taong kikilos sa iyong ngalan..
- Maaari kang maghain ng Karaingan sa anumang panahon.
- Makakatanggap ka ng nakasulat na pagkilala ng pagtanggap ng iyong Karaingan na may tatak ng koreo sa loob ng 5 araw ng pagkakatanggap ng iyong Karaingan.
- Ang BHP ay mayroong 90 araw sa kalendaryo matapos ang pagtanggap ng iyong Karaingan upang suriin ito at abisuhan ka o ang iyong kinatawan tungkol sa desisyon sa pamamagitan ng pagsulat. Kung walang naabot na resolusyon sa iyong karaingan sa loob ng 90 araw sa kalendaryo, bibigyan ka kaagad ng abiso na pasalita at/o nakasulat tungkol sa iyong mga karapatan at partikular na impormasyon hinggil sa iyong karaingan.
- Maaari mong pahabain ang panahon hanggang sa 14 na araw sa kalendaryo kung hihiling ka ng palugit, o kung tinukoy ng BHP na may pangangailangan para sa karagdagang impormasyon at na makatutulong sa iyo ang pagpapaliban.

Proseso ng Karaniwang Pag-apela

(Naaangkop lamang sa mga benepisyaryo ng Medi-Cal na tumatanggap ng mga serbisyo ng Medi-Cal)

Ang **Apela** ay ang pagsusuri ng BHP sa Salungat na Pagpapasiya ng Benepisyo (Adverse Benefit Determination, ABD). Ang **Salungat na Pagpapasiya ng Benepisyo** ay ipinapaliwanag bilang alinman sa mga sumusunod na aksiyon na isinagawa ng BHP hinggil sa mga serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng pag-uugali: 1) Ang pagtanggi o limitadong awtorisasyon sa hiniling na serbisyo, kabilang ang mga pagtutukoy batay sa uri o antas ng serbisyo, medikal na pangangailangan, kaangkupan, pagtatakda, o pagiging epektibo ng saklaw na benepisyo; 2) Ang pagbawas, pagsuspinde, o pagwawakas ng dati nang inawtorisahang serbisyo; 3) Ang pagtanggi, ng kabuuan o ng bahagi, ng pagbayad para sa isang serbisyo; 4) Ang pagkabigong magbigay ng mga serbisyo sa napapanahong paraan; 5) Ang kabiguang kumilos sa loob ng mga inaatas na panahon para sa karaniwang paglutas ng mga karaingan at apela; o 6) Ang pagtanggi sa kahilingan ng benepisyaryo na salungatin ang pananagutang pinansiyal. Ang desisyon na ginawa ng BHP tungkol sa iyong mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali ay maaaring ipaliwanag sa liham ng **Abiso ng Salungat na Pagpapasiya ng Benepisyo (Notice of Adverse Benefit Determination, NOABD)** na ipinadala o personal na ibinigay sa iyo. Mga hakbang sa paghain ng Apela:

- Maghain ng Apela nang personal, gamit ang telepono o sa pamamagitan ng pagsulat sa loob ng 60 araw mula sa petsa ng NOABD. Kung maghahain ka ng Apela nang pasalita, kailangan mo itong sundan ng nakasulat na Apela na may lagda. Kung hindi ka nakatanggap ng NOABD, walang nakatakdang huling araw para sa paghain; kaya naman maaari kang maghain sa anumang oras. Maaari kang mag-awtorisa ng ibang taong kikilos sa iyong ngalan.
- Sa iyong kahilingan, itutuloy ang iyong mga benepisyo habang hindi pa nadedesisyunan ang Apela KUNG ihahain mo ang Apela sa loob ng 10 araw sa kalendaryo mula sa petsa na ipinadala o ibinigay ang NOABD sa iyo.
- Makakatanggap ka ng nakasulat na pagkilala ng pagtanggap ng iyong Apela na may tatak ng koreo sa loob ng 5 araw sa kalendaryo ng pagkakatanggap ng Apela. .
- Mayroong 30 araw ang BHP matapos matanggap ang iyong Apela upang suriin ito at abisuhan ka o ang iyong kinatawan tungkol sa desisyon sa pamamagitan ng pagsulat.
- Maaari mong pahabain ang panahon hanggang sa 14 na araw sa kalendaryo kung hihiling ka ng palugit, o kung tutukuyin ng BHP na may pangangailangan para sa karagdagang impormasyon at na makatutulong sa iyo ang pagpapaliban.
- Hindi maaaring mag-apela ang mga benepisyaryo na hindi nasisiyahan sa kinalabasan ng kanilang mga karaingan.

Pinabilis na Proseso ng Apela

(Naaangkop lamang sa mga benepisyaryo ng Medi-Cal na tumatanggap ng mga serbisyo ng Medi-Cal)

Maaaring humiling ng **Pinabilis na Apela** kung sa tingin mo na ang paghihintay ng 30 araw ay seryosong magsasapanganib sa iyong kalusugang pangkaisipan o sa kondisyon ng iyong sakit sa pagkakalulong sa paggamit ng substansiya at/o ang iyong abilidad na matamo, mapanatili o mabawi ang ganap na pagkilos. Kung sumasang-ayon ang BHP na natutugunan ng iyong apela ang mga pangangailangan para sa Pinabilis na Apela, lulutasin ito ng BHP sa loob ng 72 oras matapos matanggap ang Pinabilis na Apela.

Mga hakbang sa paghain ng Pinabilis na Apela:

- Maghain ng Pinabilis na Apela nang personal, o gamit ang telepono o sa pamamagitan ng pagsulat sa loob ng 60 araw mula sa petsa ng Abiso sa Salungat na Pagpapasiya ng Benepisyo (NOABD). Hindi na kailangang isulat ang mga pasalita o personal na kahilingan para sa Pinabilis na Apela. Maaari kang mag-awtorisa ng ibang taong kikilos sa iyong ngalan.
- Sa iyong kahilingan, itutuloy ang iyong mga benepisyo habang hindi pa nadedesisyunan ang Pinabilis na Apela KUNG ihahain mo ang Apela sa loob ng 10 araw sa kalendaryo mula sa petsa na ipinadala o ibinigay ang NOABD sa iyo.
- Ang BHP ay mayroong 72 oras matapos ang pagtanggap ng iyong Pinabilis na Apela upang suriin ito at abisuhan ka o ang iyong kinatawan gamit ang nakasulat na Abiso ng Paglutas ng Apela (Notice of Appeal Resolution, NAR), at maaari ka ring abisuhan nang pasalita.
- Maaari mong pahabain ang panahon hanggang sa 14 na araw sa kalendaryo kung hihiling ka ng palugit, o kung tutukuyin ng BHP na may pangangailangan para sa karagdagang impormasyon at na makatutulong sa iyo ang pagpapaliban.
- Kung pagpapasiyahan ng BHP na hindi kuwalipikado ang iyong apela para sa isang Pinabilis na Apela, agad ka nilang aabisuhan nang pasalita at sa pamamagitan ng sulat sa loob ng 2 araw sa kalendaryo. Kung sa gayon ay susunod ang iyong apela sa proseso ng Karaniwang Pag-apela.

Patas na Pagdinig ng Estado

(Naaangkop lamang sa mga benepisyaryo ng Medi-Cal na tumatanggap ng mga serbisyo ng Medi-Cal)

Mayroon kang karapatan para sa isang **Patas na Pagdinig ng Estado**, isang hiwalay na pagsusuri na isinasagawa ng Departamento ng Serbisyong Panlipunan ng California, kung nagamit mo na nang lubos ang proseso ng Apela ng BHP. May nakalakip na kahilingan para sa isang Patas na Pagdinig ng Estado sa bawat Abiso ng Paglutas ng Apela (NAR); kailangan mong isumite ang kahilingan sa loob ng 120 araw mula sa petsa ng tatak ng koreo o sa araw na personal na ibinigay sa iyo ng BHP ang NAR. Maaari kang humiling ng isang Patas na Pagdinig ng Estado nakatanggap ka man o hindi ng NOABD. Para panatilihin ang pareho mong mga serbisyo habang naghihintay para sa isang pagdinig, kailangan mong humiling ng pagdinig sa loob ng sampung (10) araw mula sa petsa na ipinadala o ibinigay nang personal ang NAR sa iyo o bago ang petsa ng pagkakaroon ng bisa ng pagbabago sa serbisyo, alinman ang mas nahuhuli. Kailangang maabot ng Estado ang desisyon nito sa loob ng 90 araw sa kalendaryo mula sa petsa ng kahilingan para sa Mga Karaniwang Pagdinig at sa loob ng 3 araw mula sa petsa ng kahilingan para sa Mga Pinabilis na Pagdinig. Dapat na kaagad awtorisahan o ibigay ng BHP ang mga ipinaglalabang serbisyo sa loob ng 72 oras mula sa petsa ng pagtanggap nito ng abiso na nagsasalungat sa ABD ng BHP.

Maaari ka ring humiling ng isang Patas na Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng pagtawag sa

(800) 952-5253 o para sa **TTY 1-800-952-8349**, nang elektroniko:

https:secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx

o sa pamamagitan ng pagsulat sa:
California Department of Social Services/State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

sa **Tulong sa Mamimili sa (800) 779-0787. Consumer Assistance (800) 779-0787**

Para sa tulong sa pandinig/pananalita, tumawag sa 711, California Relay Service (Serbisyo sa Paghatid ng California)

PROSESO NG KARAINGAN at MGA APELA (Tagalog)

سیستم دریافت شکایت و درخواست تجدید نظر

شامل ارائه دهندگان کانتی و ارائه دهندگانی است که BHP. در زیر توصیف شده است (BHP) روند ارائه شکایت و درخواست تجدید نظر از طریق طرح سلامت رفتاری کانتی آلامدا می توانید فرم ا .در صورت ارائه شکایت یا درخواست تجدید نظر، هیچ تبعیضی در مورد شما اعمال نخواهد شد و جریمه نخواهید شد .دارای قرارداد با کانتی هستند
اگر یکی از افراد ذینفع.جود نداردیورائه شکایت و درخواست تجدید نظر و پاکت دارای آدرس را از سایت همه ارائه دهندگان دریافت کنید و برای آن نیاز به درخواست از هیچ فر را از ارائه دهنده تان . ***Medi-Cal راهنمای خدمات دارویی*** یا ***Medi-Cal راهنمای خدمات سلامت روانی*** هستید می توانید از ارائه دهنده تان درخواست کنید یک نسخه ازMedi-Cal تماس بگیرید **دستیار مشتری به شماره (800) 779-0787** درخواست کنید که شامل جزئیات بیشتری است،یا اینکه با بخش

ارائه شکایت روند

شکایت به معنای ابراز نارضایتی در مورد هر مسئله ای در رابطه با خدمات سلامت رفتاری است که در بین مسائل تحت پوشش روند "تجدید نظر و تجدید نظر ایالتی" نباشد **مراحل ارائه شکایت:**

- به صورت شفاهی یا کتبی شکایتتان را ارائه کنید. شکایت شفاهی نیازی به پیگیری
به کند. صورت کتبی ندارد. می توانید فرد دیگری را در نظر بگیرید تا از طرف شما اقدام کند.
- در هر زمان می توانید شکایتتان را ارائه کنید.
- روز از تاریخ دریافت شکایت، یک تأییدیه کتبی برای تحویل شکایتتان توسط پست دریافت خواهید کرد5 در مدت زمان..
- BHP تا 90 روز بعد از دریافت شکایت برای بررسی فرصت دارد آن را مورد بررسی قرار دهد و به شما یا نماینده تان به صورت کتبی در مورد نتیجه نهایی اطلاع رسانی کند. اگر نتیجه رسیدگی به شکایت در مدت زمان 90 روز اعلام نشود، اعلامیه ای حاوی دستورهای شفاهی و/یا کتبی در مورد حقوقتان و همچنین اطلاعات خاص در مورد شکایتتان را دریافت خواهید کرد.
- در صورت درخواست تمدید زمان، چارچوب های زمانی را می توانید تا حداکثر
14 روز افزایش دهید، یا اگر BHP اینطور نتیجه گیری کند که نیاز به اطلاعات بیشتری وجود دارد یا اینکه تأخیر به سود شما خواهد بود، این تأخیر در نظر گرفته می شود.

روند تجدید نظر استاندارد

(را دریافت می کنند Medi-Cal است که خدمات Medi-Cal فقط در مورد افراد ذینفع)

به هرکدام از اقدامات زیر گفته می **تعیین مزایای معکوس** .انجام می شود (ABD) برای تعیین مزایای معکوس BHP به نوعی بررسی و تجدید نظر گفته می شود که توسط طرح **تجدید نظر** درخواست عدم پذیرش یا اعمال محدودیت تأیید خدمات درخواستی، از جمله تعیین بر اساس نوع یا سطح خدمات، لزوم 1): انجام می شود BHP توسط Medi-Cal شود که در رابطه با خدمات سلامت رفتاری عدم پذیرش به صورت کلی یا جزئی برای 3) کاهش، به حالت تعلیق درآوردن یا پایان دادن به خدمات تأیید شده قبلی؛2) پزشکی، متناسب بودن، اجرای تنظیمات یا کارآیی یکی از مزایای تحت پوشش؛ عدم پذیرش 6) عدم پاسخگویی در چارچوب زمانی لازم برای رسیدگی استاندارد به موارد شکایت و درخواست تجدید نظر؛ یا4) ععدم ارائه خدمات در زمان مقتضی؛ 5) پرداخت هزینه خدمات؛

که برایتان ارسال **(NOABD)اعلامیه تعیین مزایای معکوس** در مورد خدمات سلامت رفتاری شما ممکن است در نامهBHP تصمیم اتخاذ شده توسط .درخواست ذینفع برای بحث در مورد تعهد مالی مراحل درخواست تجدید نظر .وصیف شود:دادهمیشودت می شود یا به صورت شخصی به شما

- شخصاً از طریق تلفن یا به صورت کتبی در مدت زمان 60 روز از تاریخ NOABD می توانید درخواست تجدید نظر را ارائه کنید. اگر درخواست تجدید نظر را به صورت شفاهی ارائه می کنید، باید در ادامه یک درخواست تجدید نظر امضا شده کتبی نیز ارائه کنید. اگر NOABD را دریافت نکرده اید، هیچ فرصت مشخصی برای ارائه درخواست در نظر گرفته نمی شود، در نتیجه در هر زمان می توانید درخواستتان را ارائه کنید. می توانید فرد دیگری را در نظر بگیرید تا از طرف شما اقدام کند.
- به درخواست شما، مزایایتان تا زمانی که درخواست تجدید نظر به نتیجه نرسد همچنان ادامه خواهند داشت به شرطی که درخواست تجدید نظر در مدت زمان
10 روز از تاریخ ارسال NOABD یا تحویل آن به شما ارائه شود.
- در مدت زمان 5 روز از تاریخ دریافت تجدید نظر، یک تأییدیه کتبی برای تحویل تجدید نظر توسط پست دریافت خواهید کرد.
- BHP تا 30 روز بعد از دریافت تجدید نظر برای بررسی فرصت دارد آن را مورد بررسی قرار دهد و به شما یا نماینده تان به صورت کتبی در مورد نتیجه نهایی اطلاع رسانی کند.
- در صورت درخواست تمدید زمان، چارچوب های زمانی را می توانید تا حداکثر
14روز افزایش دهید، یا اگر BHP اینطور نتیجه گیری کند که نیاز به اطلاعات بیشتری وجود دارد یا اینکه تأخیر به سود شما خواهد بود، این تأخیر در نظر گرفته می شود.
- برای افراد ذینفعی که از نتیجه شکایت ارائه شده شان راضی نیستند، امکان درخواست تجدید نظر وجود ندارد.

روند تجدید نظر سریع

(را دریافت می کنند Medi-Cal است که خدمات Medi-Cal فقط در مورد افراد ذینفع)

اگر فکر می کنید که 30 روز انتظار ممکن است خطر جدی برای سلامت روانی شما داشته باشد یا اختلالی در وضعیت مصرف مواد مخدر شما و/یا توانایی شما در حفظ کارآیی، یا بازیابی مجدد حداکثر کارآیی تان داشته باشد، می توانید برای تجدید نظر سریع درخواست دهید. اگر BHP موافقت کند که درخواست تجدید نظر شما منطبق بر شرایط لازم برای تجدید نظر سریع است، BHP در مدت زمان 72 ساعت بعد از دریافت درخواست تجدید نظر فوری نسبت به حل و فصل موضوع اقدام می کند.

مراحل درخواست تجدید نظر فوری:

- شخصاً از طریق تلفن یا به صورت کتبی در مدت زمان 60 روز از تاریخ دریافت "اعلامیه تعیین مزایای معکوس" (NOABD) می توانید درخواست تجدید نظر سریع را ارائه کنید. درخواست های شفاهی یا حضوری برای تجدید نظر فوری نیازی به کتبی شدن ندارند. می توانید فرد دیگری را در نظر بگیرید تا از طرف شما اقدام کند.
- به درخواست شما، مزایایتان تا زمانی که درخواست تجدید نظر به نتیجه نرسد همچنان ادامه خواهند داشت به شرطی که درخواست تجدید نظر سریع در مدت زمان 10 روز از تاریخ ارسال NOABD یا تحویل آن به شما ارائه شود.
- BHP بعد از دریافت درخواست تجدید نظر فوری شما به مدت 72 ساعت فرصت دارد تا آن را بررسی کند و به صورت کتبی با ارسال "نتیجه تجدید نظر" (NAR) به شما یا نماینده تان اطلاع دهد، و همچنین به صورت شفاهی به شما اطلاع رسانی خواهد شد.
- در صورت درخواست تمدید زمان، چارچوب های زمانی را می توانید تا حداکثر
14 روز افزایش دهید، یا اگر BHP اینطور نتیجه گیری کند که نیاز به اطلاعات بیشتری وجود دارد یا اینکه تأخیر به سود شما خواهد بود، این تأخیر در نظر گرفته می شود.
- اگر BHP اینطور تصمیم گیری کند که درخواست تجدید نظر شما شرایط لازم و
کافی برای تجدید نظر فوری را ندارد، فوراً به صورت شفاهی و کتبی در مدت زمان 2 روز به شما اطلاع رسانی خواهند کرد. سپس درخواست تجدید نظر شما روند تجدید نظر استاندارد را دنبال خواهد کرد.

تجدید نظر ایالتی

(را دریافت می کنند Medi-Cal است که خدمات Medi-Cal فقط در مورد افراد ذینفع)

در صورتی که روند تجدید نظرBHP را طی کرده باشید، از این حق برخوردار هستید که برای تجدید نظر ایالتی اقدام کنید که یک بررسی مستقل از طرف بخش خدمات اجتماعی کالیفرنیا است. درخواست برای تجدید نظر ایالتی به همراه هر" اعلامیه نتیجه تجدید نظر (NAR) "در اختیارتان قرار می گیرد؛ باید در مدت زمان 120 روز از تاریخ تحویل پست یا تاریخی که شخصاً BHP نسبت به تحویل NAR به شما اقدام کرده است، درخواستتان را ارسال کنید. فرقی نمی کند که NOABD دریافت کرده اید یا نه، در هر حال می توانید برای تجدید نظر ایالتی درخواست دهید. برای اینکه در مدت زمان انتظار برای تجدید نظر بتوانید همچنان خدمات قبلی را دریافت کنید، باید در مدت زمان ده (10) روز از تاریخ پست شدن NAR یا تاریخ دریافت شخصی آن یا تا قبل از تاریخ ایجاد تغییر در خدمات مورد نظر (هرکدام که دیرتر باشد) درخواست تجدید نظرتان را ارائه کنید. ایالت باید در مدت زمان 90 روز بعد از تاریخ درخواست برای تجدید نظر استاندارد تصمیم گیری کند که در مورد تجدید نظر فوری این زمان 3 روز از تاریخ ارائه درخواست است BHP. باید فوراً در مدت زمان 72 ساعت از تاریخ دریافت اعلامیه ای که برخلاف ABD BHP است، خدمات مورد بحث را ارائه کرده یا تأیید کند.

همچنین می توانید به صورت تلفنی برای تجدید نظر ایالتی درخواست دهید:
شماره تلفن: (800) 952-5253 یا **TTY به شماره 1-800-952-8349** و از
طریق الکترونیکی:
https:secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx
یا به صورت کتبی به آدرس:
California Department of Social Services/State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

(800) 779-0787 بخش کمک به مشتری به شماره

با سرویس رله کالیفرنیا تماس بگیرید 711 گفتاری، از طریق شماره/برای کمک در زمینه شنوایی

(ی‌س‌راف) رظن دی‌دجت تس‌اوخ‌رد و ت‌ی‌اک‌ش ه‌ئارا دن‌ور

alameda county behavioral health
MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES

Grievance and Appeal System

The Grievance and Appeals process through Alameda County's Behavioral Health Plan (BHP) is described below. The BHP is inclusive of both county and county-contracted providers. You will not be subject to discrimination or any other penalty for filing a Grievance or Appeal. You may obtain the Grievance and Appeal Request form and self-addressed envelope at all provider sites and you should not have to ask anyone to get one. If you are a Medi-Cal beneficiary, you may ask your provider for a copy of *Guide to Medi-Cal Mental Health Services* or *Guide to Drug Medi-Cal Services* which contains more detail or call Consumer Assistance at (800) 779-0787.

Grievance Process

A Grievance is defined as an expression of dissatisfaction about any matter regarding your behavioral health services that are not one of the problems covered by the Appeal and State Fair Hearing processes.

Steps to file a Grievance:

- File a Grievance orally or in writing. Oral grievances do not have to be followed up in writing. You may authorize another person to act on your behalf.
- You may file a Grievance at any time.
- You will receive a written acknowledge of receipt of your Grievance postmarked within 5 days of receipt of the Grievance.
- The BHP has 90 calendar days after the receipt of your Grievance to review it and notify you or your representative in writing about the decision. If resolution of your grievance is not reached within 90 calendar days you will be provided prompt oral and/or written notification of your rights and specific information on your grievance.
- Timeframes may be extended by you up to 14 calendar days if you request an extension, or if the BHP determines that there is a need for additional information and that the delay is for your benefit.

Standard Appeal Process

(Only applies to Medi-Cal beneficiaries receiving Medi-Cal services)

An Appeal is a review by the BHP of an Adverse Benefit Determination (ABD). An Adverse Benefit Determination is defined to mean any of the following actions taken by the BHP regarding Medi-Cal behavioral health services: 1) The denial or limited authorization of a requested service, including determinations based on the type or level of service, medical necessity, appropriateness, setting, or effectiveness of a covered benefit; 2)The reduction, suspension, or termination of a previously authorized service; 3) The denial, in whole or in part, of payment for a service; 4) The failure to provide services in a timely manner; 5) The failure to act within the required timeframes for standard resolution of grievances and appeals; or 6) The denial of a beneficiary's request to dispute financial liability. The decision made by the BHP about your behavioral health services may be described in a Notice of Adverse Benefit Determination (NOABD) letter sent or given personally to you.

Steps to file an Appeal:

- File an Appeal in person, on the phone or in writing within 60 days of the date of a NOABD. If you file the Appeal in orally you must follow it up with a signed written Appeal. If you did not receive a NOABD, there is no deadline for filing; so you may file at any time. You may authorize another person to act on your behalf.
- Upon request, your benefits will continue while the Appeal is pending IF you file the Appeal within 10 calendar days from the date the NOABD was mailed or given to you.
- You will receive a written acknowledge of receipt of your Appeal postmarked within 5 calendar days of receipt of the Appeal.
- The BHP has 30 days after the receipt of your Appeal to review it and notify you or your representative in writing about the decision.
- Timeframes may be extended by you up to 14 calendar days if you request an extension, or if the BHP feels that there is a need for additional information and that the delay is for your benefit.
- Appeals are not available to beneficiaries that are not happy with the outcome of their grievances.

Expedited Appeal Process

(Only applies to Medi-Cal beneficiaries receiving Medi-Cal services)

An Expedited Appeal can be requested if you think waiting 30 days could seriously jeopardize your mental health or substance use disorder condition and/or your ability to attain, maintain or regain maximum function. If the BHP agrees that your appeal meets the requirements for an Expedited Appeal, the BHP will resolve it within 72 hours after the Expedited Appeal is received.

Steps to file an Expedited Appeal:

- File an Expedited Appeal in person, on the phone or in writing within 60 days of the date of a Notice of Adverse Benefit Determination (NOABD). Verbal and in person requests for Expedited Appeals do not have to be put in writing. You may authorize another person to act on your behalf.
- Upon request, your benefits will continue while the Expedited Appeal is pending IF you file the Appeal within 10 calendar days from the date the NOABD was mailed or given to you.
- The BHP has 72 hours after the receipt of your Expedited Appeal to review it and notify you or your representative in a written Notice of Appeal Resolution (NAR), and may notify you verbally as well.
- Timeframes may be extended by you up to 14 calendar days if you request an extension, or if the BHP feels that there is a need for additional information and that the delay is for your benefit.
- If the BHP decides that your appeal does not qualify for an Expedited Appeal, they will notify you right away verbally and in writing within 2 calendar days. Your appeal will then follow the Standard Appeal process.

State Fair Hearing

(Only applies to Medi-Cal beneficiaries receiving Medi-Cal services)

You have a right to a State Fair Hearing, an independent review conducted by the California Department of Social Services, if you have exhausted the BHP's Appeals process. A request for a State Fair Hearing is included with each Notice of Appeal Resolution (NAR); you must submit the request within 120 days of the postmark date or the day that the BHP personally gave you the NAR. You may request a State Fair Hearing whether or not you have received a NOABD. To keep your same services while waiting for a hearing, you must request the hearing within ten (10) days from the date the NAR was mailed or personally given to you or before the effective date of the change in service, whichever is later. The State must reach its decision within 90 calendar days of the date of request for Standard Hearings and for Expedited Hearings within 3 days of the date of request. The BHP shall authorize or provide the disputed services promptly within 72 hours from the date it receives notice reversing the BHP's ABD.

You may also request a State Fair Hearing by calling
(800) 952-5253 or for TTY 1-800-952-8349, electronically:
https:secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx
or writing to:

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

Consumer Assistance (800) 779-0787

For assistance hearing/speaking, call 711, California Relay Service

GRIEVANCE and APPEALS PROCESS (Arabic)