

## 受益人和客户 权益代言人

圣地亚哥县行为健康服务（健保计划）已与两家机构签约，以帮您解决心理健康或药物滥用障碍服务问题。

如需住院或住民服务，  
请致电：犹太家庭服务

**(JFS) 患者倡权**

**619-282-1134**

或

**1-800-479-2233**

如需门诊服务，请致电：

消费者健康教育  
与倡权中心(CCHEA)

**1-877-734-3258**

## 我如何请求 举行公平听证会？

如果您是加州医疗补助计划（Medi-Cal）受益人并已用尽健保计划上诉程序，且不同意您服务不利福利确定的最终上诉决定，可请求举行州级公平听证会。州级公平听证会是向行政法官陈述病案以做出裁决的机会。必须在收到上诉决定后 120 天内请求举行州级公平听证会。也可请求就上诉决定未能及时完成举行听证会。

## 递交听证会申请协助

如需协助递交听证会申请，可联系倡权机构或致电 加州社会服务处 (CDSS)，电话：**1-800-952-5253**。

也可致电倡权机构询问申诉或上诉相关问题或更新。

# 申诉和上诉流程

圣地亚哥县行为健康服务  
(健保计划)

## 客户指南



作为客户，您有权从合格的行为健康  
医护提供者获得服务并积极参与自己的  
治疗。您也有权表达对自己服务的疑  
虑，例如，如果您的服务被终止，或者  
您对自己的治疗或药物不满意，或者您  
觉得自己受到了不尊重的对待。

### 问题解决方法

如有疑虑，要想快速解决问题，最好的方法就是直接与医护提供者或计划  
管理人员交谈。如果您不同意您自己的  
治疗或药物，可向医护提供者单位  
工作人员中其他临床医生寻求第二意  
见，或致电求助和危机热线 **(ACL)**，  
电话：**1-888-724-7240**，**残障专线：**  
**711**。

获得第二意见免费。

### 什么是申诉？ 什么是上诉？

**申诉**是对不利福利确定以外的任  
何事项表示不满。

**上诉**是指健保计划对不利福  
利确定的审查，例如：

1. 对请求服务的拒绝或有限授权
2. 减少、暂停或终止先前  
授权的服务
3. 全部或部分拒绝为服务付  
费
4. 未能在 **60** 天内及时提供服务
5. 健保计划未能在申诉或上诉标  
准解决时限内采取行动
6. 拒绝投保人就服务财务责任提  
出争议的请求

**不利福利确定通知 (NOABD)** 是一  
封关于您服务行动的正式信函。  
如果收到不利福利确定通知  
(NOABD)，即可上诉。

### 如何提出？

- 口头 - 通过电话或亲临倡  
权机构
- 书面：填写从健保计划或  
医护提供者办公室得到的  
申诉和上诉表
- 提出口头上诉请求后还须  
再写一份书面上诉

### 您在此流程中的权利

- 在 **10** 天内请求在等待上  
诉结果期间继续提供服务
- 免于因提出申诉或上诉  
而受到歧视或处罚
- 为您保密  
受到法律保护
- 以您能理解的语言受到  
有尊严和尊重的对待
- 授权某人代表您行事
- 在此流程中让支持人员  
与您一起参加会议。