



申诉、上诉、快速上诉和州公平听证程序

您有权就您在诊所或由Medi-Cal按服务收费保健业者处接受的任何治疗方面提出申诉。

- 您可以口头或书面提出申诉。申诉表可在保健业者/诊所大厅领取。
- 申诉将在**30个日历日**内得到处理。

您也有权对行为健康计划 (Behavioral Health Plan)

作出的“不利福利裁定”(Adverse Benefit Determination)”提出上诉（“不利福利裁定”的定义见下文）。

- 您可以口头或书面提出上诉。行动上诉表可在保健业者/诊所大厅领取。
- 标准上诉将在**30个日历日**内得到处理。
- 如果您或您的保健业者表明，按照标准上诉处理所需的时间可能会严重危及您的心理健康或物质使用障碍状况，和/或会员达到、维持或恢复最大功能的能力，则可以请求快速处理上诉。快速上诉将根据您的健康状况所需尽快处理，但最迟不会超过收到请求后的72小时。

“不利福利裁定”的定义如下：

1. 拒绝或限制对请求服务的授权，包括基于服务类型或级别、医疗必要性、适当性、服务场所、承保福利有效性所作出的裁定；
2. 减少、暂停或终止此前已获授权的服务；
3. 全部或部分拒绝支付某项服务的费用；
4. 未能及时提供服务；

5. 未能在规定的时限内对申诉和上诉进行标准处理；
6. 拒绝会员对财务责任提出异议的请求。

如有疑问或需提出申诉或上诉，请与服务获取部门
联系：

邮件：303 E. Vanderbilt Way

San Bernardino, CA 92415

电话：1-888-743-1478

在上诉程序结束后，如果您对上诉结果不满意，可以申请州公平听证。

➤ 在标准上诉或快速上诉程序结束后，无论您是否已收到不利福利裁定通知 (Notice of Adverse Benefit Determination) 或上诉解决通知 (Notice of Appeal Resolution)，您都可以口头或书面申请州公平听证。

州公平听证可通过以下方式申请：

邮件： California Department of Social Services

P.O.Box 944243, Mail Station 19-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

电话： (800) 952-5253 – TDD： (800) 952-8340

电子方式：

<https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>