

Medi-Cal 心理健康专科计划
行动通知
(评估)

日期: _____

患者 ID 号 _____

致: _____

Medi-Cal 号: _____

洛杉矶县心理健康计划审查了您的心理健康状况评估结果后决定，您的心理健康状况不符合通过该计划获得心理健康专科服务的医疗必需性标准。根据心理健康计划的规定，您的心理健康状况不符合医疗必需标准，该标准在加利福尼亚法规（CCR）州规条例第 9 条第 1830.205 节中可找到。具体原因如下：

- 评估所确定的您的心理健康诊断未在心理健康计划覆盖范围内（CCR 第 9 条第 1830.205（b）（1）节）。
- 在您日常生活中，您的心理健康状况没有带给您足够严重的问题，使您有资格从心理健康计划获得心理健康专科服务（CCR 第 9 条第 1830.205（b）（2）节）。
- 心理健康计划提供的心理健康专科服务不太可能帮助您保持或改善心理健康状况（CCR 第 9 条第 1830.205（b）（3）（A）和（B）节）。
- 您的心理健康状态会对普通医疗护理提供者提供的治疗有积极反应（CCR 第 9 条第 1830.205（b）（3）（C）节）。

如果您同意心理健康计划的决定，并希望了解怎样在计划外找到治疗提供者，您可以打电话给心理健康计划的代表（800）854-7771 或写信给：

Patients' Rights Office 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

如果您不同意心理健康计划的决定，您可以采取以下一个或多个行动：

1. 要求计划对您的心理健康状况进行复核。如果要这么做，您可以打电话给心理健康计划的代表 (213) 738-4949 或写信给：

Patients' Rights Office 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

2. 向您的心理健康计划提出上诉。如果要这么做，您可以打电话给心理健康计划的代表(213) 738-4949 或写信给：

Patients' Rights Office 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

或者按照心理健康计划给您的信息手册中的说明做。您必须在接到本通知之日起 90 天内提出上诉。在大多数情况下，心理健康计划必须在您提出上诉请求的 30 天内做出决定。如果您认为延误会给您的心理健康带来严重问题，包括您获得、维持或重获重要生命功能的问题，您可以要求加急上诉，加急上诉必须在 72 小时内做出决定。

如果您对本通知有任何疑问，您可以打电话给心理健康计划的代表(213) 738-4949 或写信给：

Patients' Rights Office 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

如果您对上诉结果不满意，您可以申请州听证。本表格的背面将解释如何申请州听证。

我在此证明 Medi-Cal 受益人已收到 NOA-A 原件、NOA Back 副本以及一份申诉和上诉程序——消费者指南。（LACDMH Medi-Cal Specialty Mental Health Services Provider Manual, 4th Ed., July 2009, Section XVI, P. 1）

工作人员签字: _____

工作人员姓名: _____

日期: _____

提供者姓名: _____

提供者 ID: _____

您的听证权利

您只有 90 天时间来请求听证。90 天计时开始于：

1. 我们亲自向您送达这份心理健康计划的上诉决定通知后的第二天，**或者**
2. 本心理健康计划上诉决定通知邮戳日期的后一天。

加急州听证

听证部门通常需要从您的请求之日起 90 天左右做出听证决定。如果您认为这段时间会给您的心理健康带来严重的问题，包括您获得、维持或重获重要生命功能的问题，您可以申请加急州听证。**如需加急听证，请在本页右栏听证请求下面的第一个方框里打勾，并说明为何要请求加急听证。**如果您的加急听证请求获得批准，听证决定将在州听证部门收到请求之日起三个工作日内发出。

在等待听证期间保持同样的服务

- 您必须在心理健康计划的上诉决定通知寄出或亲自送达或在服务改变生效日期之前的 10 天内请求听证，以最新的日期为准。
- 您的 Medi-Cal 心理健康服务将保持不变，直到最后做出不利于您的听证决定或您撤回您的听证请求，或疗程期限或您目前的服务到期，以最早的日期为准。

可获得的相关州法规

相关的州法规，包括那些涉及州听证的相关规定，均可在您当地的县福利办公室获取。

获得帮助

您可以在当地法律援助办公室或其他团体获得免费法律帮助。您可以询问您的听证权利或者在 Public Inquiry and Response Unit 寻求免费的法律援助：
免费电话：1-800-952-5253
如果失聪或使用 TDD，请拨打 1-800-952-8349

授权代表

您可以在州听证会上代表自己。您也可以由朋友、律师或您选择的其他人来代表。您必须亲自安排这个代表。

信息实践法案公告（加州民法典第 1789 节及以下，California Civil Code Section 1798, et. seq.）

您需要填写此表格的信息，以处理您的听证请求。如果信息不完整，则处理可能会延迟。社会服务部州听证部门将设立一份案件档案。您有权检查决定的记录材料，并通过联系公众咨询和响应部门（the Public Inquiry and Response Unit）（上文提到的电话号码）找到该记录。您所提供的任何信息都可能与心理健康计划、州卫生服务和心理健康部（State Departments of Health Services and Mental Health）以及美国卫生及公共服务部（U.S. Department of Health and Human Services）分享。（权威管理机构：福利和机构守则，第 14100.2 节，Authority: Welfare and Institutions Code, Section 14100.2）。

如何申请州听证

请求听证最好的方式是填写本页。复制一份本文件的正反面，作为您自己的记录。然后将本页寄送到：

State Hearings Division
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

请求州听证的另一个方式是拨打 1-800-952-5253。如果失聪或使用 TDD，请拨打 1-800-952-8349。

听证请求

我想就洛杉矶县心理健康计划有关 Medi-Cal 的一个行动请求听证。

如果您需要加急听证，请在这里打勾，并说明原因。

因为： _____

如果需要更多的空间，请在这里打勾并添加一页。

我的名字：（打印） _____

我的社会安全号码（Social Security Number）： _____

我的地址：（打印） _____

我的电话号码：（_____） _____

我的签名： _____

日期： _____

我需要_____一个免费的口译员。我的语言或方言是： _____

我希望下面这个人代表我参加这次听证会。我允许这个人看我的记录，并代表我参加听证会。

姓名： _____

地址： _____

电话号码： _____