



NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION (NOABD)

NHỮNG QUYỀN CỦA BẠN DƯỚI MEDI-CAL

Nếu bạn cần thông báo này và/hoặc các tài liệu khác từ Chương trình Bảo hiểm dưới dạng thức khác như phông chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc dạng thức điện tử, hoặc, nếu bạn muốn được trợ giúp đọc tài liệu, vui lòng liên lạc với Trung tâm Tiếp cận Y tế Hành vi bằng cách gọi 1-888-246-3333.

NẾU BẠN KHÔNG ĐỒNG Ý VỚI QUYẾT ĐỊNH ĐIỀU TRỊ CHO BỆNH TÂM THẦN HOẶC RỐI LOẠN DO LẠM DỤNG CHẤT KÍCH THÍCH CỦA BẠN, THÌ BẠN CÓ THỂ NỘP ĐƠN KHÁNG CÁO. KHÁNG CÁO PHẢI NỘP CHO CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM CỦA BẠN

LÀM THẾ NÀO ĐỂ NỘP KHÁNG CÁO

Bạn có **60 ngày** kể từ ngày nhận được thông báo “Notice of Adverse Benefit Determination” (Thông báo về Quyết định Bất lợi) này để nộp đơn kháng cáo. **Nếu bạn hiện đang được điều trị và muốn tiếp tục được điều trị, bạn phải yêu cầu kháng cáo trong vòng 10 ngày** kể từ ngày ghi trên thư này HOẶC trước ngày mà Bảo hiểm của bạn cho biết là các dịch vụ sẽ chấm dứt. Bạn phải nói rằng bạn muốn tiếp tục được điều trị khi bạn nộp đơn kháng cáo.

Bạn có thể nộp đơn kháng cáo qua điện thoại hoặc bằng văn bản. Nếu bạn kháng cáo qua điện thoại, bạn sẽ phải gửi tiếp theo kháng cáo bằng văn bản có chữ ký. Dịch vụ Y tế Hành vi sẽ trợ giúp bạn miễn phí nếu bạn cần.

- **Kháng cáo qua điện thoại:** Liên lạc với Văn Phòng Khiếu Nại/Kháng Cáo trong giờ làm việc bằng cách gọi số 1-628-754-9299 (8am – 5pm). Hãy liên hệ với Behavioral Health Access Center (Trung Tâm Tiếp Cận Sức Khỏe Hành Vi) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần bằng cách gọi 1-888-246-3333. Hoặc nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi TDD/TTY: 711.
- **Kháng cáo bằng văn bản:** Điền mẫu kháng cáo hoặc viết thư cho bảo hiểm của bạn và gửi đến:

**San Francisco Behavioral Health Services
Grievance/Appeal Office
1380 Howard Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103**



Nhà cung cấp của bạn sẽ có sẵn các mẫu kháng cáo. Dịch vụ Y tế Hành vi cũng có thể gửi mẫu cho bạn.

Bạn có thể tự nộp đơn kháng cáo. Hoặc bạn có thể có người thân, bạn bè, người bệnh vực, nhà cung cấp hoặc luật sư nộp đơn kháng cáo cho bạn. Người này được gọi là "Đại diện được ủy quyền". Bạn có thể gửi bất cứ loại thông tin nào bạn muốn cho Bảo hiểm để họ xem xét. Kháng cáo của bạn sẽ được xem xét bởi một người khác với người đưa ra quyết định đầu tiên.

Bảo hiểm của bạn có 30 ngày để trả lời bạn. Vào thời điểm đó, bạn sẽ nhận được một lá thư "Thông Báo Giải Quyết Kháng Cáo". Thư này sẽ cho bạn biết quyết định của Bảo hiểm. **Nếu bạn không nhận được thư với quyết định của Bảo hiểm trong vòng 30 ngày, thì bạn có thể yêu cầu một "Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang" và một thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của bạn.** Vui lòng đọc phần bên dưới để biết hướng dẫn về cách yêu cầu Phiên điều trần cấp Tiểu bang.

KHÁNG CÁO KHẨN CẤP

Nếu bạn nghĩ rằng chờ đợi 30 ngày sẽ làm tổn thương đến sức khỏe của bạn, thì bạn có thể được trả lời trong vòng 72 tiếng. Khi nộp đơn kháng cáo, hãy nói lý do tại sao việc chờ đợi sẽ làm tổn thương đến sức khỏe của bạn. Đảm bảo rằng bạn yêu cầu được "**kháng cáo khẩn cấp**".

ĐIỀU TRẦN CẤP TIỂU BANG

Nếu bạn đã nộp đơn kháng cáo và nhận được thư "Thông báo Giải quyết Kháng cáo" cho bạn biết rằng Bảo hiểm của bạn vẫn sẽ không cung cấp dịch vụ, hoặc **bạn chưa bao giờ nhận được thư thông báo quyết định và đã qua 30 ngày**, thì bạn có thể yêu cầu một "Phiên điều trần cấp tiểu bang" và một thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của bạn. Bạn sẽ không phải trả chi phí cho một Phiên điều trần cấp tiểu bang.

Bạn phải yêu cầu Điều trần cấp tiểu bang trong vòng **120 ngày** kể từ ngày của thư "Thông Báo Giải Quyết Kháng Cáo". Bạn có thể yêu cầu Điều trần cấp tiểu bang bằng điện thoại, trực tuyến, hoặc bằng văn bản:

- **Điện thoại:** Gọi **1-800-952-5253**. Nếu bạn có vấn đề về nghe hoặc nói, vui lòng gọi **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
- **Trực tuyến:** Bạn có thể yêu cầu Điều trần cấp tiểu bang trực tuyến. Vui lòng vào trang Web của Sở Dịch vụ Xã hội California để điền mẫu đơn điện tử: [Hearing Request](#)
- **Bằng văn bản:** Điền mẫu yêu cầu Điều trần cấp tiểu bang hoặc gửi thư về:



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

Đừng quên bao gồm tên, địa chỉ, số điện thoại, ngày sinh của bạn, và lý do bạn muốn có một phiên điều trần cấp tiểu bang. Nếu ai đó giúp bạn yêu cầu Điều trần thì hãy thêm tên, địa chỉ và số điện thoại của họ vào mẫu đơn hoặc thư. Nếu bạn cần thông dịch viên, hãy cho chúng tôi biết bạn nói ngôn ngữ nào. Bạn sẽ không phải trả chi phí cho thông dịch viên. Chúng tôi sẽ có thông dịch viên cho bạn.

Sau khi bạn yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang, có thể mất lên đến 90 ngày để quyết định trường hợp của bạn và trả lời cho bạn. Nếu bạn nghĩ rằng chờ đợi lâu sẽ làm tổn thương đến sức khỏe của bạn, thì bạn có thể được trả lời trong vòng 3 ngày làm việc. Bạn có thể yêu cầu nhà cung cấp hoặc Bảo hiểm viết thư cho bạn hoặc bạn có thể tự viết lấy. Thư phải giải thích chi tiết tại sao việc chờ lên đến 90 ngày để có quyết định sẽ gây tổn thương nghiêm trọng đến cuộc sống, sức khỏe của bạn, hoặc khả năng đạt được, duy trì hoặc lấy lại chức năng tối đa. Sau đó, yêu cầu được “**điều trần khẩn cấp**” trong thư yêu cầu điều trần của bạn.

Đại diện được Ủy quyền

Bạn có thể tự phát biểu tại Phiên Điều trần Tiểu bang, hoặc có một người thân, bạn bè, người biện hộ, nhà cung cấp, hoặc luật sư phát biểu thay cho bạn. Nếu bạn muốn một người khác phát biểu thay cho bạn thì bạn phải thông báo cho văn phòng Điều trần. Người này được gọi là "đại diện được ủy quyền".

TRỢ GIÚP PHÁP LÝ

Bạn có thể nhận được sự trợ giúp pháp lý miễn phí. Bạn cũng có thể gọi cho chương trình Trợ giúp Pháp lý địa phương tại quận của bạn ở số 1-888-804-3536.