**《不利權益裁定通知書》**

**關於您的治療申請-配送系統通知**

*日期*

*會員姓名 治療服務提供者名稱*

*地址 地址*

*市，州郵遞區號 市，州郵遞區號*

**關於：** *申請的服務*

特以本通知告知您，*計劃*已確定您的心理健康狀況或藥物使用障礙不符合獲得專業心理健康服務或藥物使用障礙的醫療必要性標準。

1. *說明使用的標準或指南，包括引述支持該行動的具體法規和縣級授權程序；以及，*
2. *關於醫療必要性決定的臨床理由*。

即使您不符合接受專業心理健康服務或藥物使用障礙的資格，您仍可以接受下列非專業心理健康服務：*健康縣或負責心理健康服務或藥物使用障礙服務的實體，例如：身體健康照護提供者*。您可致電 *電話號碼* 聯絡上述人員。***[如果適用，請填入行為健康計劃為協調護理所採取的其他行動及/或會員需要的其他後續行動]。***

若您認為此決定不正確，您可提出上訴。隨附「您的權利」資訊通知告知您如何行使這些權利。以及您可於何處獲得上訴協助。這是免費法律援助。我們鼓勵您將任何有助於上訴的資訊或文件隨附上訴寄出。隨附「您的權利」資訊通知提供您在請求上訴時必須遵守的時間表。

您可免費索取用於做出此決定的所有資訊副本。這包括我們用來做決定的指南、準則或標準副本。如需此服務，請致電 *電話號碼* 聯絡 *計劃*。

若您目前正在接受服務，且您希望在我們決定您的上訴期間繼續接受服務，您必須在本信函日期起 10 天內，或在您的行為健康計劃表示將停止或減少服務的日期之前提出上訴。

縣政府可以協助您解決有關此通知的任何問題。如需協助，您可於 *營業時間*，致電 *計劃會員服務電話號碼* 聯絡 *計劃*。如果您有在語障或聽障問題，請於 *營業時間* 內，致電 TTY/TTD 號碼 *TTY/TTD 號碼* 尋求協助。

如果您需要本通知及/或縣政府的替代性文件，如大字體、盲人點子或電子格式，或者，如果您需要幫助閱讀的資料，請致電 *電話號碼* 聯絡 *計劃*。

如果縣政府未能提供令您滿意的說明及/或您需要的其他幫助，州 Medi-Cal（醫療補助保險）管理式醫療申訴專員辦公室可以幫助您解答任何問題。您可以在太平洋標準時間週一至週五上午 8 點至下午 5 點（公休日除外）致電 1-888-452-8609。

本通知不會影響您的任何其他 Medi-Cal（醫療補助保險）服務。

*縣政府申訴團隊*

隨附：*「您在 Medi-Cal（醫療補助保險）管理式醫療下的權利」*

協助提示通知