**THÔNG BÁO QUYẾT ĐỊNH BẤT LỢI VỀ QUYỀN LỢI**

**Về Yêu Cầu Điều Trị của Quý Vị - Thông Báo Từ Chối**

*Ngày*

*Tên Hội Viên Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Điều Trị*

*Địa Chỉ Địa Chỉ*

*Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Chính Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Chính*

**V/V:** *Dịch vụ đã yêu cầu*

*Tên người yêu cầu* đã yêu cầu *Tên Nhà Cung Cấp* chấp thuận *Dịch vụ đã yêu cầu.* Yêu cầu này bị từ chối. Lý do cho quyết định từ chối là*: 1. Giải thích rõ ràng và ngắn gọn về lý do đưa ra quyết định; 2. Mô tả về các tiêu chí hoặc hướng dẫn đã sử dụng, bao gồm trích dẫn các quy định cụ thể và quy trình cho phép là căn cứ đưa ra hành động đó và 3. Lý do lâm sàng cho quyết định liên quan đến tính cần thiết về mặt y khoa.*

Quý vị có thể kháng cáo nếu cho rằng quyết định này không chính xác. Thông báo đính kèm về thông tin “Quyền của Quý Vị” sẽ cho quý vị biết cách thực hiện. Tài liệu này cũng cho quý vị nơi quý vị có thể nhận trợ giúp khi có kháng cáo. Điều này cũng đồng nghĩa rằng hỗ trợ pháp lý sẽ được cung cấp miễn phí. Chúng tôi khuyến khích quý vị gửi kèm theo đơn kháng cáo mọi thông tin hoặc tài liệu có thể giúp ích cho đơn kháng cáo của mình. Thông báo đính kèm về thông tin “Quyền của Quý Vị” cung cấp các mốc thời gian mà quý vị phải tuân thủ khi yêu cầu kháng cáo.

Quý vị có thể yêu cầu cung cấp bản sao miễn phí của tất cả thông tin được sử dụng để đưa ra quyết định này. Trong đó bao gồm bản sao các hướng dẫn, thủ tục hoặc tiêu chí mà chúng tôi đã sử dụng để đưa ra quyết định. Để yêu cầu tài liệu này, vui lòng gọi cho *Tên Nhà Cung Cấp* theo *số điện thoại*.

Nếu quý vị hiện đang nhận dịch vụ và muốn tiếp tục nhận dịch vụ trong khi chúng tôi quyết định về đơn kháng cáo của quý vị, quý vị phải yêu cầu kháng cáo trong vòng 10 ngày kể từ ngày ghi trên thư này hoặc trước ngày mà Tên Nhà Cung Cấp thông báo rằng dịch vụ sẽ bị ngừng cung cấp hoặc giảm trừ.

Quận có thể giúp quý vị giải đáp mọi thắc mắc về thông báo này. Để được trợ giúp, quý vị có thể gọi cho *Tên Nhà Cung Cấp giờ làm việc* theo *số điện thoại*. Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nghe hoặc nói, vui lòng gọi số TTY/TTD *số TTY/TTD*, từ *giờ làm việc* để nhận hỗ trợ.

Nếu quý vị cần thông báo này và/hoặc các tài liệu khác từ Quận ở định dạng trao đổi thông tin thay thế chẳng hạn như chữ khổ lớn, chữ nổi Braille hoặc định dạng điện tử, hoặc nếu quý vị muốn được trợ giúp đọc tài liệu, vui lòng liên hệ với   
*Tên Nhà Cung Cấp* bằng cách gọi *số điện thoại*.

Nếu quý vị không hài lòng với trợ giúp từ Quận và/hoặc quý vị cần thêm trợ giúp, Văn Phòng Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý Medi-Cal Tiểu Bang có thể giải đáp mọi thắc mắc của quý vị. Quý vị có thể gọi cho họ từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo Giờ Thái Bình Dương (Pacific Time Zone, PST), trừ ngày nghỉ lễ, theo số 1-888-452-8609.

Thông báo này không ảnh hưởng đến bất kỳ dịch vụ Medi-Cal nào khác của quý vị.

*Lời Chào của Cơ Quan Nhà Cung Cấp*

Tài Liệu Đính Kèm*: “Quyền của Quý Vị theo chương trình Chăm Sóc Có Quản Lý Medi-Cal”*

Cụm Từ Thông Báo về Khả Năng Cung Cấp

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử