

**THÔNG BÁO VỀ QUYẾT ĐỊNH BẤT LỢI
Cho Yêu cầu Điều trị của Bạn**

Date

Beneficiary's Name

Address

City, State, Zip

Số Medi-Cal

Treating Provider's Name

Address

City, State, Zip

Số Điện thoại

RE: Service requested

Name of requestor đã yêu cầu Dịch vụ Y tế Hành vi San Francisco chấp thuận cho dịch vụ Service requested. Yêu cầu này bị từ chối. Lý do từ chối là Using plain language, insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.

Bạn có thể kháng cáo quyết định này nếu bạn cho rằng nó không đúng. Thông báo đính kèm về “Những Quyền của Bạn” sẽ cho bạn biết thủ tục nộp kháng cáo. Nó cũng cho bạn biết nơi bạn có thể nhận được trợ giúp với kháng cáo của bạn. Điều này cũng có nghĩa là trợ giúp pháp lý miễn phí. Bạn được khuyến khích gửi kèm theo bất cứ thông tin hoặc tài liệu nào hữu ích cùng với kháng cáo của bạn. Thông báo đính kèm về “Những Quyền của Bạn” cung cấp các thời hạn phải tuân thủ khi yêu cầu kháng cáo.

Bạn có thể yêu cầu bản sao miễn phí của tất cả các thông tin được sử dụng để đưa ra quyết định này. Điều này bao gồm bản sao của các hướng dẫn, nghị thức hoặc tiêu chuẩn mà chúng tôi sử dụng để đưa ra quyết định. Để yêu cầu điều này, vui lòng gọi cho nhà cung cấp theo số điện thoại nêu trên.

Nếu bạn muốn tiếp tục nhận dịch vụ này trong khi chúng tôi quyết định kháng cáo, bạn phải yêu cầu kháng cáo trong vòng 10 ngày kể từ ngày trên thư này hoặc trước ngày bảo hiểm của bạn cho biết các dịch vụ sẽ bị ngừng hoặc giảm, được liệt kê ở trên.

Bảo hiểm có thể giúp bạn với bất cứ câu hỏi nào bạn có về thông báo này. Để được trợ giúp, bạn có thể gọi số 1-888-246-3333 từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu. Nếu bạn có vấn đề khi nói hoặc nghe, xin gọi số TDD 1-888-484-7200, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu, để được giúp đỡ.

Nếu bạn cần thông báo này và/hoặc các tài liệu khác từ Bảo hiểm dưới một 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 Y tế Hành vi Access bằng cách gọi 1-888-246-3333.

Nếu Bảo hiểm không giúp bạn thỏa đáng và/hoặc bạn cần trợ giúp thêm, Văn phòng Thanh tra Y tế Quản lý của Medi-Cal Tiểu bang có thể giúp bạn với bất cứ câu hỏi nào. Bạn có thể gọi cho họ từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo giờ Thái bình dương, trừ ngày lễ, ở số 1-888-452-8609.

Thông báo này không ảnh hưởng đến bất cứ dịch vụ Medi-Cal nào khác của bạn.

Đính kèm: NOABD “Your Rights” (Những Quyền của Bạn)
Language Assistance Taglines (Trợ giúp Ngôn ngữ)
Beneficiary Nondiscrimination Notice (Thông báo về sự Không Phân biệt
Đối xử với Người Thụ hưởng)

cc: Quality Management