**不利权益决定通知书**

**关于您的治疗申请—交付系统通知**

*日期*

*会员姓名 治疗服务提供方名称*

*地址 地址*

*州、城市、邮政编码 州、城市、邮政编码*

**事由：** *申请的服务*

本通知旨在告知您：*计划*认定，您的心理健康状况或物质使用障碍不符合接受专业心理健康服务或物质使用障碍服务的医疗必要性标准。

1. *所依据的标准或指南的说明，包括支持该决定的具体法规和本县授权程序；以及，*
2. *关于医疗必要性的临床决定依据。*

尽管您不符合接受专业心理健康服务或物质使用障碍服务的标准要求，但您或许可以从*卫生县或负责心理健康服务或物质使用障碍服务的机构（例如初级卫生保健提供者）*获得非专业心理健康服务。您可以拨打*电话号码*联系他们*。****[如适用，请在此处填写行为健康计划为协调护理所采取的额外措施及/或会员需跟进的后续事项]。***

如果您认为决定有误，可提出上诉。随附的《您的权利》告知书将说明上诉方式，同时也会告知您可在哪里获得上诉帮助（包括免费的法律援助）。建议您在提交上诉时，附上所有可能有助于上诉的任何信息或文件。随附的《您的权利》告知书列出了申请上诉时必须遵守的时限。

您可以要求免费获取作出此决定所依据的全部信息，包括我们作出决策时参考的指南、规程或标准文件。如需获取，请致电*计划，联系电话：*。

如果您目前正在接受服务，且希望在我们处理上诉期间继续获得服务，必须在本信函日期起 10 天内，或在行为健康计划告知的服务停止或减量生效日期之前，提出上诉申请。

如果您对本通知有任何疑问，可联系本县相关部门获取帮助。如需帮助，请在*工作时间*致电该*计划，计划的会员服务电话：*。如果您有听力或言语障碍，请在*工作时间*拨打 TTY/TTD 号码 *TTY/TTD 号码* 获取帮助。

如果您需要以其他通信形式（如大字体、盲文或电子格式）获取本通知和/或计划的其他文件，  
或者，如果您需要有人协助您阅读相关材料，  
请拨打*电话号码*与*计划*联系。

如果您对本县相关部门的帮助不满意或需要额外的帮助，可联系州 Medi-Cal 管理式护理申诉专员办公室为您解答任何疑问。除节假日外，您可以在周一至周五

（太平洋标准时间上午 8 点至下午 5 点）联系他们，联系电话：1-888-452-8609。

本通知不影响您享有的其他 Medi-Cal 服务。

*县申诉团队*

附件*：“Medi-Cal 管理式护理计划权利告知书”*

可用性通知标语