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

**Về Yêu Cầu Điều Trị của Quý Vị - Thông Báo về Hệ Thống Cung Cấp**

*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*

Thông báo này cho quý vị biết rằng *Chương Trình* đã xác định tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn sử dụng chất gây nghiện của quý vị không đáp ứng các tiêu chí cần thiết về mặt y khoa để đủ điều kiện nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa hoặc dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện.

1. *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 của quận là căn cứ đưa ra hành động và,*
2. *Lý do lâm sàng cho quyết định liên quan đến tính cần thiết về mặt y khoa*.

Mặc dù không đủ điều kiện để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa hoặc dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện, quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần không chuyên khoa từ *Thực Thể hoặc Cơ Quan Y Tế Quận chịu trách nhiệm về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần hoặc dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện, ví dụ: nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thể chất*. Quý vị có thể gọi cho họ theo *số điện thoại.* ***[Nếu có thể, hãy chèn hành động bổ sung do Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Hành Vi thực hiện để điều phối dịch vụ chăm sóc và/hoặc theo dõi bổ sung cần thiết cho Hội Viên]****.*

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 *Chương Trình* 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 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 chương trình bảo hiểm sức khỏe hành vi 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 *Chương Trình giờ làm việc* theo *số điện thoại ban Dịch Vụ Hội Viên của Chương Trình*. Nếu quý vị gặp vấn đề về âm ngữ hoặc thính giác, vui lòng gọi số TTY/TTD *số TTY/TTD*, trong khoảng 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 *Chương Trình* 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.

*Đội Ngũ Giải Quyết Khiếu Nại của Quận*

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