

THÔNG BÁO VỀ QUYẾT ĐỊNH BẤT LỢI

Cho yêu cầu Điều trị của Bạn

Date

Beneficiary's Name

Treating Provider's Name

Address

Address

City, State, Zip

City, State, Zip

Số Medi-Cal

Số Điện thoại

RE: Service requested

Thông báo này cho bạn biết rằng Dịch vụ Y tế Hành vi San Francisco đã xác định rằng tình trạng sức khỏe tâm thần của bạn không đáp ứng các tiêu chuẩn cần thiết về mặt y khoa để đủ điều kiện cho các dịch vụ y tế tâm thần chuyên khoa. Using plain language, insert: 1. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and plan authorization procedures that support the action; and, 2. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.

Mặc dù bạn không hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ y tế tâm thần chuyên khoa, bạn có thể nhận các dịch vụ y tế tâm thần không chuyên khoa từ Health Plan or Entity responsible for mental health services, e.g., physical health care provider. Bạn có thể gọi họ ở số telephone number. **If applicable, insert additional action taken by the Mental Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member.**

Bạn có thể kháng cáo quyết định này. 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 hiện đang nhận dịch vụ và bạn muốn tiếp tục nhận dịch vụ trong khi chúng tôi quyết định về kháng cáo của bạn, bạn phải yêu cầu kháng cáo trong vòng 10 ngày kể từ ngày trên thư này hoặc trước ngày bảo hiểm y tế tâm thần của bạn cho biết các dịch vụ sẽ bị ngừng hoặc giảm.

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