

COMPANY LETTERHEAD

不利福利确定通知 关于您的治疗请求

日期

受益人姓名
地址
城市、州、邮政编码

主治医护提供者姓名
地址
城市、州、邮政编码

关于： *请求的服务*

此通知特此告知您，圣地亚哥县行为健康服务（健保计划）现已确定，您的病况不符合获得心理健康专科服务资格的医疗必要性标准。

原因如下 *使用简单的语言，插入：1. 描述使用的标准或指引，包括引用支持此行动的具体法规或计划授权程序； 而且，2. 必须说明做出医疗必要性决定的临床原因。*

虽然您没有资格获得心理健康专科服务，但仍可从 *负责心理健康服务的健保计划或实体，例如，身体健康医护提供者* 获得非心理健康专科服务。请致电 *电话号码。适用时，健保计划采取的额外行动，以协调会员所需医护和/或额外后续行动。*

如您认为决定不正确，可提出上诉。随附的“您的权利”信息通知有相关说明，还说明了可在何处获得上诉援助，即可免费获得法律援助。鼓励上诉时送交任何有利于上诉的信息或文件。随附的“您的权利信息通知”提供了请求上诉时必须遵循的时间表。

您可免费索要用于做出此决定的所有信息副本，包括用于做出决定的指引、规程或标准的副本。如想索要，请联系下列机构之一。

健保计划可帮您解决任何本通知相关问题。

- 如需门诊服务援助，请致电消费者健康教育与倡权中心 (CCHEA)，电话：1-877-734-3258，服务时间：上午 9 点至下午 5 点。
- 如需住院或住民服务援助，请致电犹太家庭服务 (JFS) 患者倡权计划，电话：619-282-1134 或 1-800-479-2233，服务时间：上午 8 点至下午 5 点。
- 如果听说不便，请致电听障专线 711 求助，服务时间：上午 8 点至下午 5 点。

如果目前正在接受服务并希望在等待上诉决定期间继续接受服务，则须在此信显示日期起 10 天内或在心理健康计划通知服务将停止或减少的日期之前提出上诉。

NOABD – 交付系统通知 – 拒绝心理健康专科服务
圣地亚哥县行为健康服务 (BHS)（健保计划）修订日期：9/21/2022

COMPANY LETTERHEAD

如需健保计划以其他交流格式（如大字体、盲文或电子格式）提供本通知和/或其他文件，或需援助阅读材料，请致电求助和危机热线 (ACL)，电话：1-888-724-7240。

如果健保计划提供的援助无法让您满意和/或您需要额外援助，加州医疗补助计划 (Medi-Cal) 管理式医护监察员办公室 (Ombudsman Office) 可帮您解决任何问题，服务时间：太平洋标准时间周一至周五上午 8 点至下午 5 点，（节假日除外），电话：1-888-452-8609。

本通知不会影响您的任何其他加州医疗补助计划 (Medi-Cal) 服务。

签名块

附件：“您的权利”
语言协助通知
受益人非歧视通知

每封信中都附上此通知