

# 关于您的治疗申请

# 不利福利决定通知

**Click or tap to enter a date.**

Beneficiary’s Name Name of Treating Program/Clinic

Address Address

City, State Zip City, State Zip

关于：Choose an item.

本通知旨在通知您，奥兰治郡 (Orange County) 心理健康计划 (Mental Health Plan, MHP) 已经决定，您的心理健康疾病不满足医疗必要性标准，因此您没有资格获得专科心理健康服务。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 plan authorization procedures that support the。

虽然您没有资格获得专科心理健康服务，但您可能可以从 Referral information for Health Plan or Entity responsible for mental health services, e.g., physical health care provider 处获得非专科心理健康服务。您可以致电 telephone number 联系他们。If applicable, insert additional action taken by the Mental Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member。

如果您认为此决定不正确，可以提出上诉。随附的“您的权利”信息通知中说明了提出上诉的方式，以及可以从什么地方获得上诉帮助。这是指免费法律援助。我们鼓励您随您的上诉申请一起发送可能对您的上诉申请有帮助的任何信息或文件。随附的“您的权利”信息通知中提供了您在申请上诉时必须遵守的时间计划。

您可以免费索取做出此决定所使用的所有信息的副本。这包括我们用于做出决定的准则、方案或标准的副本。要索取副本，请致电 (866) 308-3074 联系奥兰治郡心理健康计划。

如果您目前正在享受服务并且希望在等待我们对您的上诉申请做出决定期间继续享受服务，则您必须在本函日期之后 10 天内或者在您的健康计划称将终止或减少服务之日前申请上诉。

计划能够解答您对本通知存在的疑问。要获得帮助，您可以在星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00 致电 (866) 308-3074 联系奥兰治郡心理健康计划。如果您说话或听话有困难，请在星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00 致电 TTY/TTD 号码 (866) 308-3073 寻求帮助。

如果您需要向计划索取本通知和/或其他文件的大字体、盲文或电子格式等其他通信格式，或者您希望他人帮忙读出材料，请致电 (866) 308-3074 联系奥兰治郡心理健康计划。

如果计划没有以您满意方式为您提供帮助以及/或者您需要其他帮助，州 Medi-Cal 管理式医疗监察专员办公室 (State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office) 能够帮助您解答任何疑问。您可以在星期一至星期五（节假日除外）上午 8:00 至下午 5:00 致电 1-888-452-8609。

本通知不影响您的任何其他 Medi-Cal 服务。

*Azahar V. Lopez, PsyD, CHC*

*Assistant Deputy Director*

*Quality Management Services*

附件：“您的权利”

 语言援助标语

 非歧视通知

*Enclose notice with each letter*