# THÔNG BÁO VỀ QUYẾT ĐỊNH BẤT LỢI VỀ QUYỀN LỢI

# Về Việc Yêu Cầu Chữa Trị Của Quý Vị

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

## *Beneficiary’s Name* *Treating Provider’s Name*

*Address* *Address*

*City, State Zip* *City, State Zip*

### VỀ VIỆC: *Service requested*

*Name of requestor* đã yêu cầu Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) phê chuẩn *Service requested.* Chúng tôi không thể phê chuẩn việc chữa trị này như đã được yêu cầu.

Đây là vì *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 reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action;* *and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity*.

Thay vào đó chúng tôi sẽ phê chuẩn chương trình chữa trị như sau: *Service or service length approved.*

Quý vị có thể kháng cáo quyết định này nếu quý vị nghĩ là không đúng. Thông báo đính kèm với những chi tiết về “Quyền Của Quý Vị” cho quý vị biết cách thức như thế nào. Thông báo này cũng cho biết quý vị có thể đến đâu để được giúp đỡ về việc kháng cáo của mình. Điều này cũng có nghĩa là sẽ được giúp đỡ miễn phí về pháp lý. Chúng tôi khuyến khích quý vị hãy gửi kèm với đơn kháng cáo bất cứ những thông tin hoặc văn kiện nào có thể giúp ích cho việc kháng cáo của quý vị. Thông báo đính kèm với những chi tiết về “Quyền Của Quý Vị” có đưa ra những thời hạn mà quý vị phải giữ đúng khi xin kháng cáo.

Quý vị có thể xin bản sao miễn phí của tất cả những thông tin được sử dụng để đưa ra quyết định này. Điều này bao gồm bản sao của việc cung cấp quyền lợi thực sự, nguyên tắc hướng dẫn, thể thức, hoặc tiêu chuẩn mà chúng tôi đã dựa vào đó để quyết định. Muốn xin, hãy liên lạc với một trong những cơ quan được liệt kê dưới đây.

Nếu quý vị hiện đang thụ hưởng các dịch vụ và quý vị muốn tiếp tục hưởng các dịch vụ này trong lúc chúng tôi quyết định về kháng cáo của quý vị, quý vị phải xin kháng cáo trong vòng 10 ngày tính từ ngày trên thư này, hoặc trước ngày mà chương trình sức khỏe tâm thần của quý vị cho biết là các dịch vụ sẽ ngưng hoặc bị cắt giảm.

**Chương Trình có thể giúp giải đáp những thắc mắc của quý vị về thông báo này.**

## Muốn được giúp đỡ, quí vị có thể gọi DMC-ODS từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều thứ Hai đến thứ Sáu ở số 1-866-308-3074.

* Nếu quý vị gặp trở ngại khi nói hoặc nghe, xin vui lòng gọi đường dây hỗ trợ số (866) 308-3073 trong khoảng từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều thứ Hai đến thứ Sáu để được giúp đỡ.

Nếu quý vị cần thông cáo này và/hoặc những tài liệu khác từ Chương Trình Kế Hoạch dưới dạng hình thức truyền thông khác như chữ lớn, chữ dành cho người khiếm thị, hoặc một hình thức bằng điện tử, hay nếu quý vị muốn được giúp đỡ để đọc tài liệu này, xin gọi DMC-ODS số (866) 308-3074.

Nếu Chương Trình không giúp được quý vị đến mức hài lòng và/hoặc quý vị cần được giúp đỡ thêm, Văn Phòng Thanh Tra Về Quản Lý Chăm Sóc Medi-Cal của Tiểu Bang có thể giúp giải đáp thắc mắc của quý vị. Quý vị có thể gọi điện thoại cho họ từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều theo Giờ Chuẩn Thái Bình Dương (PST), ngoại trừ những ngày nghỉ lễ, ở số 1-888-452-8609.

Thông báo này không ảnh hưởng đến những dịch vụ Medi-Cal khác của quý vị.

*Azahar V. Lopez, PsyD, CHC*

*Assistant Deputy Director*

*Quality Management Services (QMS)*

Đính Kèm: “Các Quyền Của Quý Vị”

 Thông Cáo Về Trợ Giúp Ngôn Ngữ

 Thông Cáo Không Phân Biệt Đối Xử

*Enclose notices with each letter*