

# 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:Service Requested

Name of requestor 要求奥兰治县行为健康计划 （BHP） 批准 service requested 的申请。该申请被拒绝。拒绝的理由是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 authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity..

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。

您可以免费索取用于做出此决定的所有信息的副本。这包括我们用于做出决策的指南、计划或标准的副本。如需索取副本，请致电 （866） 308-3074 联系 BHP。

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 天内或者在计划称将终止或减少服务之日前申请上诉。

本计划能够回答您对本声明的任何问题。如需帮助，您可以致电 （866） 308-3074 联系 BHP，周一至周五上午 8：00 至下午 5：00。如果您说话或听力有困难，请拨打 TTY/TTD 号码 （866） 308-3073 寻求帮助，时间为周一至周五上午 8：00 至下午 5：00，节假日除外。

如果您需要以其他通信格式（例如大字体、盲文或电子格式）向程序索取此通知和/或其他文件，或者您希望其他人帮助朗读材料，请致电 （866） 308-3074 联系 （BHP）。

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："您在 Medi-Cal 管理式医疗下的权利”

供货通知

会员非歧视通知

*Enclose notice with each letter*