

# УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ЗАКЛЮЧЕНИИ В ОТНОШЕНИИ ЛЬГОТ (NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION, NOABD)

# Информация, касающаяся запроса о лечении

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

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiary’s Name | Treating Organization’s Name  Address |
| Adfgdress |
| City, State Zip | City, State Zip |
| Beneficiary’s Name | Treating Organization’s Name |

### ТЕМА: Service Type

В настоящее время Вы получаете следующие услуги: **Service Type**. Начиная с Click or tap to enter a date., мы больше не будем предоставлять Вам данное лечение По указанным далее причинам***. 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*** ***action and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity***

Если Вы не согласны с данным решением, можете обжаловать его. Сведения о том, как это сделать, приведены в прилагаемом информационном уведомлении «Ваши права в рамках программы управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal». Кроме того, этот документ содержит данные о том, где можно получить помощь с подачей апелляции И бесплатную юридическую консультацию. Обязательно предоставьте вместе с апелляцией любые сведения или документы, подтверждающие Ваши доводы. При подаче апелляции соблюдайте сроки, указанные в прилагаемом информационном уведомлении «Ваши права в рамках программы управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal».

Вы можете запросить бесплатные копии всей информации (в том числе руководств, протоколов или критериев), которую мы использовали при вынесении решения. Для этого звоните в BHP округа Ориндж по номеру 866-308-3074.

Если Вы в настоящее время получаете услуги и хотите, чтобы Вам продолжали их оказывать в период рассмотрения апелляции, подайте апелляционное заявление в течение 10 дней с даты, указанной в данном письме или до даты получения уведомления от Плана о прекращении предоставления указанных выше услуг либо сокращении их объема.

Данное уведомление не касается других получаемых Вами услуг Medi-Cal.

Если у Вас возникли вопросы о данном уведомлении, обратитесь к представителям BHP округа Ориндж. Номер телефона: 866-308-3074. График работы: с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00. Лицам с нарушениями речи или слуха следует звонить на номер 866-308-3073 с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00.

Чтобы получить данное уведомление и (или) другие документы в альтернативных форматах (например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля либо в электронном виде), а также помощь в ознакомлении с материалами, звоните в BHP округа Ориндж на номер 866-308-3074.

Если Ваш запрос не будет удовлетворен Планом в полной мере и (или) Вам потребуется дополнительная помощь, обратитесь в Офис омбудсмена Государственной программы управляемого ухода Medi-Cal (State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office). Номер телефона: 1-888-452-8609. График работы: с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00 по тихоокеанскому стандартному времени (за исключением праздничных дней).

*Azahar V. Lopez, PsyD, CHC*

*Помощник заместителя начальника отдела*

*Отдел управления качеством обслуживания (Quality Management Services, QMS)*

Вложения: «Ваши права в рамках программы управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal»

Уведомление о наличии свободных мест

Уведомление о недопущении дискриминации для участников

*Enclose notice with each letter*