# 不利福利确定通知

# 关于您的治疗请求

#### 日期

## *受益人姓名* *主治医护提供者姓名*

***地址****地址*

*城市、州、邮政编码* *城市、州、邮政编码*

### 关于： *请求的服务*

*请求者姓名* 已请求圣地亚哥县行为健康服务（健保计划） 批准 *请求的服务。*这项请求现已遭拒，

拒绝的原因是 *使用简单的语言，插入：1. 清晰简明地说明做出决定的原因；* *2.描述使用的标准或指引，包括引用支持此行动的特定法规或授权程序；和* *3.必须说明作出医疗必要性决定的临床原因。*

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 天内或在健保计划通知服务将停止或减少的日期之前提出上诉。

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*