# 《不利福利裁定通知》

# 关于您的治疗请求

**拒绝通知**

#### 日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *受益人姓名* |  | *治疗方名称* |
| *地址* |  | *地址* |
| *城市、州、邮编* |  | *城市、州、邮编* |

### 回复：*所请求的服务*

*请求方名称*已要求*圣贝纳迪诺县 (San Bernardino County) 行为健康部（Departement of Behavioral Health，DBH，在本文件的其他地方亦称为“计划”）*批准*所请求的服务。*

该请求已被拒绝。拒绝原因为：

|  |
| --- |
| *1. 使用浅显易懂的语言，插入清楚、简洁的拒绝原因说明；* |
| *2. 关于使用到的标准或准则的说明，* |
| *包括对支持该行动的具体法规和授权程序的引用，以及* |
| *3. 关于医疗必要性决议的临床原因。* |

如果您认为该决议有误，您可对其进行上诉。随附的“您的权利”信息通知说明了提出上诉的方式，以及您可以从什么地方获得上诉帮助。这同时也说明您可以获得免费的法律援助。我们鼓励您将任何有助于您上诉的信息或文件连同上诉申请一起发送。随附的“您的权利”信息通知提供了您请求上诉时必须遵循的时间表。

您可以免费索要用于做出该决议的所有信息的副本。这包括我们用于做出决议的准则、方案或标准的副本。索要副本，请拨打*诊所电话号码*联系*诊所*，或

|  |  |
| --- | --- |
|  | *拨打 1 (888) 743-1478 联系 DBH 访问单位* |
|  | *拨打 1 (800) 968-2636 联系物质使用障碍及康复服务处 (Substance Use Disorder and Recovery Services, SUDRS)* |
| *每周 7 天，每天 24 小时在线*。 | |

如果您当前正在享受服务，且您想在我们对您的上诉做出决议的期间继续享受该服务，请于本函日期起的十 (10) 天内或*计划*所称服务将终止或减少之日前提出上诉。

*计划*能帮助您解答任何您对本通知存在的疑问。如需寻求帮助，您可以拨打 *1 (888) 743-1478* 联系 *DBH 访问单位（每周 7 天，每天 24 小时在线）*。如果您有言语或听力障碍，请拨打 TTY/TTD 号码 *7-1-1**（每周 7 天，每天 24 小时在线）*。

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的版本，或者您希望有人帮助读出材料内容，请拨打 *1 (888) 743-1478* 联系 *DBH 访问单位*。

如果*计划*没有以您满意的方式为您提供帮助以及/或者您需要其他帮助，则州 Medi-Cal 管理式医疗监察专员办公室 (State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office) 可以帮助您解答任何疑问。您可以在周一至周五上午 8:00 至下午 5:00（太平洋标准时间）（节假日除外）拨打 1 (888) 452-8609 联系他们。

本通知不会对您的任何其他 Medi-Cal 服务造成影响。

|  |  |
| --- | --- |
| 授权人工整签名 | 授权人签名 |

随附文件： [“您的权利”（不利福利裁定通知）](http://wp.sbcounty.gov/dbh/wp-content/uploads/2019/06/9.-Your-Rights-Attachment-NOABD-QM024_E.docx)

[语言协助标语](http://wp.sbcounty.gov/dbh/wp-content/uploads/2019/06/14.-DBH-Language-Assistance-QM027_E.docx)

[受益人非歧视通知](http://wp.sbcounty.gov/dbh/wp-content/uploads/2019/06/13.Beneficiary-Nondiscrimination-Notice-QM026_E.docx)