|  |  |
| --- | --- |
| **City and County of San Francisco**  **Department of Public Health** | **NOTICE OF**  **ADVERSE BENEFIT DETERMINATION**  TERMINATION |

# УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ЗАКЛЮЧЕНИИ В ОТНОШЕНИИ ЛЬГОТ

# О вашем обращении по поводу лечения

Date

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiary's Name | Treating Provider's Name |
| Address | Address |
| City, State, Zip | City, State, Zip |
| Номер Medi-Cal | Номер телефона: |

### ТЕМА: Service requested

В настоящее время вы получаете Service to be terminated. Начиная с termination date, мы больше не будем одобрять это лечение. Это связано с тем, что 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 theaction; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity,

Вы также можете обжаловать это решение, если считаете его неправильным. В прилагаемом информационном уведомлении «Ваши права» вы узнаете, как это сделать. В нем также есть информация о том, где получить помощь по поводу своей апелляции, в т.ч. бесплатную юридическую помощь. Мы рекомендует отправить с вашей апелляцией любую информацию или документы, которые могут с ней помочь. В прилагаемом информационном уведомлении «Ваши права» указаны временные рамки, которые вы должны соблюдать при подаче апелляции.

Вы можете запросить бесплатные копии всей информации, используемой для принятия этого решения. Она включает в себя копию руководящих принципов, протокола или критериев, которые мыиспользуем при принятии решения. Чтобы запросить документы, позвоните поставщику медицинских услуг по указанному выше номеру телефона.

Если вы хотите продолжать получать эти услуги, пока мы выносим решение по вашей апелляции, вы должны подать апелляцию в течение 10 дней с даты, указанной в этом письме, или до даты, когда, согласно вашему плану услуг психического здоровья, они будут остановлены или ограничены.

Это уведомление не влияет на ваши другие услуги Medi-Cal.

Страховой план может помочь вам в решении любых вопросов, связанных с данным уведомлением. Для получения справки можете звонить с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу по телефону 1-888-246-3333. Если у вас проблемы с говорением или слухом, пожалуйста, позвоните по номеру TDD 1-888-484-7200, с 8:00 до 17:00, с понедельника по пятницу.

Если вам необходимо данное уведомление и / или другие документы страхового плана в альтернативном формате связи, например с большим шрифтом, шрифтом Брайля или в электронном формате, или если вы хотите помочь прочитать материал, обратитесь в Центр по обеспечению работоспособности по телефону 1 (888)246-3333.

Если План не помогает вам и / или требуется дополнительная помощь, то Управление Омбудсмена по государственному медицинскому страхованию Medi-Cal штата может помочь вам в решении любых вопросов. Вы можете звонить им по телефону 1(888)452-8609 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по тихоокеанскому времени, за исключением праздничных дней .

Приложения: NOABD "Ваши права”

Языковые пособия

Уведомление о недискриминации получателя

cc: Quality Management