



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
**BEHAVIORAL HEALTH AND
RECOVERY SERVICES**

Promoting and protecting health, well-being, self-sufficiency, and safety of all in Marin County.



**THÔNG BÁO QUYẾT ĐỊNH BẤT LỢI VỀ QUYỀN LỢI
Về Yêu Cầu Điều Trị của Quý Vị**

Lisa Warhuus, PhD
DIRECTOR

Todd Schirmer, PhD
ASSISTANT DIRECTOR

20 North San Pedro Road
San Rafael, CA 94903
415 473 6809 T
415 473 7008 F
TTY Dial 711
marinhhs.org/bhrs

Date

[Member's Name]
[Address]
[City, State Zip]

[Treating Provider's Name]
[Address]
[City, State Zip]

VỀ VIỆC: *Service requested*

[Name of requestor] đã yêu cầu BHRS chấp thuận *[Service requested]*. Chúng tôi không thể chấp thuận phương pháp điều trị này theo yêu cầu. Đó là do *[Using plain language, insert for the following three requirements:*
1. *A clear and concise explanation of the reasons for the decision;*
2. *A description of the criteria or guidelines used, including a reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and*
3. *The clinical reasons for the decision regarding medical necessity].*

Thay vào đó, chúng tôi sẽ chấp thuận phương pháp điều trị sau: *[Service or service length approved]*.

Quý vị có thể kháng cáo nếu quý vị cho rằng quyết định này không đúng. Thông báo về “Quyền Của Quý Vị” kèm theo sẽ cho quý vị biết cách thức thực hiện. Thông báo này cũng cho quý vị biết nơi quý vị có thể nhận được trợ giúp để thực hiện kháng cáo. Đây cũng là trợ giúp pháp lý miễn phí. Quý vị nên gửi kèm theo đơn kháng cáo bất kỳ thông tin hoặc tài liệu nào có thể hỗ trợ kháng cáo của mình. Thông báo về “Quyền của Quý Vị” kèm theo cho biết các mốc thời gian quý vị phải tuân theo khi yêu cầu kháng cáo.

Quý vị có thể yêu cầu nhận miễn phí các bản sao của toàn bộ thông tin được sử dụng để ra quyết định này. Những thông tin này bao gồm bản sao hướng dẫn, quy định hoặc tiêu chuẩn mà chúng tôi đã sử dụng để ra quyết định. Để yêu cầu nhận bản sao, vui lòng gọi đến Behavioral Health and Recovery Services theo số 1-888-818-1115.

Nếu quý vị hiện đang nhận dịch vụ và muốn tiếp tục nhận dịch vụ trong khi chúng tôi quyết định về kháng cáo của quý vị, quý vị phải yêu cầu kháng cáo trong vòng 10 ngày kể từ ngày ghi trên thư này hoặc trước ngày chương trình sức khỏe tâm thần của quý vị cho biết các dịch vụ sẽ bị ngừng cung cấp hoặc cắt giảm.

Chương Trình có thể trợ giúp quý vị giải đáp mọi thắc mắc của quý vị về thông báo này. Để nhận trợ giúp, quý vị có thể gọi đến Behavioral Health and Recovery Services vào các ngày trong tuần từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo số 1-888-818-1115. Nếu quý vị gặp vấn đề về nói hoặc nghe, vui lòng gọi số TTY/TTD 711, vào các ngày trong tuần từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều để được trợ giúp.

Nếu quý vị cần thông báo này và/hoặc các tài liệu khác từ Chương Trình ở định dạng khác chẳng hạn như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc định dạng điện tử hoặc nếu quý vị muốn được trợ giúp đọc tài liệu, vui lòng liên hệ với Behavioral Health and Recovery Services bằng cách gọi số 1-888-818-1115.

Nếu quý vị không hài lòng với trợ giúp của Chương Trình và/hoặc quý vị cần được trợ giúp thêm, State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office có thể trợ giúp quý vị giải đáp mọi thắc mắc. Quý vị có thể gọi cho họ từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, theo Giờ Chuẩn Thái Bình Dương (Pacific Standard Time, PST), ngoại trừ ngày lễ, theo số 1-888-452-8609.

Thông báo này không ảnh hưởng đến bất kỳ dịch vụ Medi-Cal nào khác của quý vị.

Signature Block

Tài liệu đính kèm: “*Quyền của Quý Vị theo Chương Trình Medi-Cal Managed Care*”
Thông Báo về Khả Năng Cung Cấp