

# 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 |
| Address |
| City, State Zip | City, State Zip |

### ТЕМА: *Service Type*

Этим письмом План оказания психиатрической помощи (Mental Health Plan, MHP) округа Ориндж сообщает Вам, что Ваше психическое заболевание не соответствует критериям медицинской необходимости для получения специализированных психиатрических услуг. ***Using plain language, insert: 1. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and plan authorization procedures that support the action;*** ***and, 2. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity***

Несмотря на то, что у Вас нет права на специализированные психиатрические услуги, Вы можете получать неспециализированное лечение от следующего поставщика***:*** ***Health Plan or Entity responsible for mental health services, e.g., physical health care provider****. Номер телефона:* ***telephone number. If applicable, insert additional action taken by the Mental Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member***

Если Вы не согласны с данным решением, можете обжаловать его. Сведения о том, как это сделать, приведены в прилагаемом информационном уведомлении «Ваши права». 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».

Вы можете запросить бесплатные копии всей информации (в том числе руководств, протоколов или критериев), которую мы использовали при вынесении решения. Для этого звоните в MHP 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 от MHP уведомления о прекращении предоставления услуг либо сокращении их объема.

Если у Вас возникли вопросы о данном уведомлении, обратитесь к представителям MHP 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 MHP 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).

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

*Azahar V. Lopez, PsyD, CHC*

*Помощник заместителя начальника отдела*

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

Вложения: Документ «Ваши права»

Информация о языковой поддержке

Уведомление о недопущении дискриминации

*Enclose notice with each letter*