

# 혜택 결과 통지

# 귀하의 치료 요청에 관하여

Click or tap to enter a date.

## Beneficiary’s Name Treating Provider’s Name

Address Address

City, State Zip City, State Zip

### RE: Service requested

이 통지는 오렌지 카운티 행동 건강 플랜(BHP)이 귀하의 정신 건강 상태 또는 약물 사용 장애가 전문 정신 건강 서비스 또는 약물 남용 장애 서비스를 받기 위한 의학적 필요성 기준을 충족하지 않는다고 결정했음을 알려줍니다.Using plain language, insert for the following two requirements: 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.

귀하는 비록 정신건강 전문서비스의 수혜자격이 안되지만, 기타 정신건강 서비스를 다음 기관으로 부터 받으실 수 있습니다: Health County or Entity responsible for mental health services or substance use disorder services, e.g., physical health care provider.You can call them at telephone number. **If applicable, insert additional action taken by the Behavioral Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member**.

만약 이 결정이 옳지 않다고 생각되시면 이의신청을 하실 수 있습니다. 첨부된 “Your Rights” 정보문에 이의신청 방법과 어디서 도움을 받을 수 있는지 기재되어 있습니다. 이것은 법적 도움을 무료로 받을 수 있다는 뜻도 됩니다. 이의신청을 하실 때 도움이 될수 있는 정보나 자료를 함께 보내 실 것을 권장합니다. 이의신청 기간은 첨부된 “Your Rights” 정보문을 참조하십시오.

귀하는 이 결정에 이르기 까지 사용된 모든 자료의 복사본을 무료로 신청 하실 수 있는 권리가 있습니다. 이 자료는 결정을 내리는데 사용된 가이드라인, 규약, 또는 기준의 복사본을 포함합니다. 자료를 요청하려면 오렌지 카운티 BHP (866) 308-3074로 문의하십시오.

만약 귀하가 현재 서비스를 받고 계시고 이의신청을 진행하는 중에도 계속 서비스를 받기를 원하시면, 이 통지문의 날짜로부터 10일 안에 이의신청을 하시거나 귀하의 정신 건강 계획국이 공지한 서비스 수혜 마지막날 이전에 이의신청을 하셔야 합니다.

카운티는 이 통지에 대한 모든 질문에 도움을 줄 수 있습니다. 도움이 필요하시면 월요일부터 금요일까지 오전 8:00부터 오후 5:00까지 오렌지 카운티 BHP (866) 308-3074로 전화하십시오. 청각 장애인이나 언어 장애가 있는 경우 월요일부터 금요일까지 오전 8:00에서 오후 5:00 사이에 TTY/TTD 번호 (866) 308-3073-5로 전화하여 도움을 받으십시오.

이 통지서 또는 대형 서체, 점자 또는 전자 형식과 같은 카운티의 기타 자료를 전달하거나 통지를 읽는 데 도움이 필요한 경우 오렌지 카운티 BHP (866) 308-3074로 문의하십시오.

카운티가 귀하의 지원에 만족하지 않거나 추가 도움이 필요한 경우 주 Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨이 도움을 드릴 수 있습니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시(태평양 표준시)까지 전화하실 수 있습니다(공휴일 제외). 1-888-452-8609.

*Azahar V. Lopez, PsyD, CHC*

*Assistant Deputy Director*

*Quality Management Services (QMS)*

동봉: "Medi-Cal Managed Care에 따른 귀하의 권리"

 가용성 통지

 차별 금지 통지

*Enclose notice with each letter*