# THÔNG BÁO VỀ QUYẾT ĐỊNH BẤT LỢI VỀ QUYỀN LỢI

# Về Yêu Cầu Chữa Trị Của Quý Vị

#### Date

## *Beneficiary’s Name* *Treating Provider’s Name*

*Address* *Address*

*City, State Zip* *City, State Zip*

### VỀ VIỆC: *Service requested*

Name of requesting provider đã yêu cầu Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận San Diego (Chương Trình) phê chuẩn việc trả tiền cho dịch vụ sau đây, mà quý vị đã nhận được: Service requested. Chương Trình đã khước từ yêu cầu trả tiền của bác sĩ của quý vị.

Lý do khước từ là*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 authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity*.

**Xin quý vị vui lòng lưu ý: đây KHÔNG PHẢI là một hóa đơn đòi tiền cho dịch vụ. quý vị KHÔNG cần phải trả tiền cho những dịch vụ mà quý vị đã tiếp nhận.**

Quý vị có thể kháng cáo quyết định này nếu quý vị nghĩ là không đúng. Thông báo đính kèm với những chi tiết về “Quyền Của Quý Vị” cho quý vị biết cách thức. Thông báo này cũng cho biết quý vị có thể đến đâu để được giúp đỡ về việc kháng cáo của mình. Điều này cũng có nghĩa là được giúp đỡ miễn phí về pháp lý. Chúng tôi khuyến khích quý vị hãy gửi kèm với đơn kháng cáo bất cứ những thông tin hoặc văn kiện nào có thể giúp ích cho việc kháng cáo của quý vị. Thông báo đính kèm với những chi tiết về “Quyền Của Quý Vị” có đưa ra những thời hạn mà quý vị phải giữ đúng khi xin kháng cáo.

Quý vị có thể xin bản sao miễn phí của tất cả những thông tin được sử dụng để đưa ra quyết định này. Điều này bao gồm bản sao của việc cung cấp quyền lợi thực sự, nguyên tắc hướng dẫn, thể thức, hoặc tiêu chuẩn mà chúng tôi đã dựa vào đó để quyết định. Muốn xin, hãy liên lạc với một trong những cơ quan được liệt kê dưới đây.

**Chương Trình có thể giúp giải đáp những thắc mắc của quý vị về thông báo này.**

* Muốn được giúp đỡ về các dịch vụ NGOẠI VIỆN, hãy gọi điện thoại cho Trung Tâm Giáo Dục và Yểm Trợ Y Tế cho Người Tiêu Thụ (CCHEA) trong khoảng từ 9:00 sáng đến 5:00 chiều ở số 1-877-734-3258.
* Muốn được giúp đỡ về các dịch vụ NỘI VIỆN hoặc TẠI GIA, hãy gọi điện thoại cho Chương Trình Yểm Trợ Bệnh Nhân JFS trong khoảng từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều ở số 619-282-1134 hoặc 1-800-479-2233.
* Nếu quý vị gặp trở ngại khi nói hoặc nghe, xin vui lòng gọi TTY/TTD ở số 711, trong khoảng từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều để được giúp đỡ.

Nếu quý vị cần thông báo này và/hoặc những tài liệu khác từ Chương Trình dưới một hình thức truyền thông khác như chữ lớn, chữ Braille, hoặc một hình thức bằng điện tử, hay, nếu quý vị muốn được giúp đỡ để đọc tài liệu này, xin vui lòng liên lạc với Đường Dây Liên Lạc và Khủng Hoảng (ACL)bằng cách gọi số 1-888-724-7240.

Nếu Chương Trình không giúp được quý vị đến mức hài lòng và/hoặc quý vị cần được giúp đỡ thêm, Văn Phòng Thanh Tra Về Quản Lý Chăm Sóc Medi-Cal của Tiểu Bang có thể giúp giải đáp thắc mắc của quý vị. Quý vị có thể gọi điện thoại cho họ từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều theo Giờ Chuẩn Ở Thái Bình Dương (PST), ngoại trừ những ngày nghỉ, ở số 1-888-452-8609.

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

*Signature Block*

Đính Kèm: “Các Quyền Của Quý Vị”

 Thông Báo Về Trợ Giúp Ngôn Ngữ

 Thông Báo Không Kỳ Thị Đối Với Người Thụ Hưởng

*Enclose notice with each letter*