**УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ ОБ ОТКАЗЕ В ВЫПЛАТЕ ЛЬГОТ**

**Относительно вашего ходатайства о лечении**

Date

Beneficiary’s Name Treating Provider’s Name

Address Address

City, State Zip City, State Zip

ОТНОСИТЕЛЬНО: запрашиваемой услуги

Настоящим уведомлением сообщаем вам, что СЗСУ (HHSA) округа Йоло решила, что состояние вашего психического здоровья не соответствует критериям медицинской необходимости для получения права на специализированные услуги по психиатрической помощи. 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 вы не можете претендовать на получение специализированных услуг по психиатрической помощи, вы, возможно, имеете право на неспециализированные услуги по психиатрической помощи от Health Plan or Entity responsible for mental health services, e.g., physical health care provider. Вы можете позвонить им по 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.*

Вы можете обжаловать это решение, если считаете его несправедливым. В прилагаемом информационном уведомлении “Ваши права” говорится, как это сделать. Там также говорится, где вы можете получить помощь по своей апелляции. Это также означает бесплатную юридическую помощь. Мы рекомендуем вам, вместе с апелляцией, высылать любую информацию или документы, которые могут помочь вашему делу. В прилагаемом информационном сообщении “Ваши права” указываются сроки, которым вы должны следовать при подачи апелляции.

Вы можете запросить бесплатные копии всей информации, которая использовалась при вынесении настоящего решения. Сюда входят копии руководства, протокола или критериев, на основании которых мы приняли наше решение. Для того, чтобы запросить все это, звоните в СЗСУ округа Йоло по номеру (888) 965-6647.

Если вы в настоящее время получаете услуги и хотите продолжать получать услуги, пока ваша апелляция находится в процессе рассмотрения, вы должны запросить апелляцию в течение 10 дней с даты, указанной в настоящем письме или до даты, когда, согласно СЗСУ округа Йоло, услуги будут прекращены или сокращены.

СЗСУ округа Йоло может помочь вам с любыми вопросами, связанными с этим уведомлением. За помощью вы можете звонить в СЗСУ округа Йоло по номеру (888) 965-6647 с понедельника по пятницу, с 8 утра до 5 вечера по тихоокеанскому времени. Если у вас проблемы со слухом или речью, звоните за помощью по телекоммуникационному устройству (TTY/TTD) по номеру (800) 735-2929, с 8 утра до 5 вечера по тихоокеанскому времени.

**Если вам нужно настоящее уведомление и/или другие документы от СЗСУ округа Йоло в ином коммуникативном формате, например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в ином электронном формате, или если вам необходима помощь в прочтении настоящего материала, пожалуйста, свяжитесь с СЗСУ округа Йоло номеру (888) 965-6647.**

Если вы не удовлетворены помощью СЗСУ округа Йоло и/или вам необходима дополнительная помощь, Канцелярия уполномоченного по правам человека Регулируемой Штатом медицинской помощи Medi-Cal может помочь вам с любыми вопросами. Вы можете звонить туда по номеру 1-888-452-8609 с понедельника по пятницу, с 8 утра до 5 вечера по тихоокеанскому стандартному времени, за исключением праздничных дней.

Настоящее сообщение не затрагивает никакие другие ваши услуги по Medi-Cal.

Signature Block

Прилагаются: “Ваши права”

Enclose notice with each letter