|  |  |
| --- | --- |
| **City and County of San Francisco**  **Department of Public Health** | **NOTICE OF**  **ADVERSE BENEFIT DETERMINATION**  PAYMENT DENIAL |

# УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ЗАКЛЮЧЕНИИ В ОТНОШЕНИИ ЛЬГОТ

# О вашем обращении по поводу лечения

Date

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiary's Name | Treating Provider's Name |
| Address | Address |
| City, State, Zip | City, State, Zip |
| Номер Medi-Cal | Номер телефона: |

### ТЕМА: Service requested

Name of requesting provider попросил Отдел услуг психиатрической помощи Сан-Франциско утвердить оплату за следующую услугу, которую вы уже получили: Service requested. Страховой план отклонил запрос вашего поставщика услуг на оплату. Причиной отказа является 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,

**Пожалуйста, обратите внимание: данный документ - не счет за услугу. Вы не обязаны оплачивать полученные вами услуги.**

Вы также можете обжаловать это решение, если считаете его неправильным. В прилагаемом информационном уведомлении «Ваши права» вы узнаете, как это сделать. В нем также есть информация о том, где получить помощь по поводу своей апелляции, в т.ч. бесплатную юридическую помощь. Мы рекомендует отправить с вашей апелляцией любую информацию или документы, которые могут с ней помочь. В прилагаемом информационном уведомлении «Ваши права» указаны временные рамки, которые вы должны соблюдать при подаче апелляции.

Вы можете запросить бесплатные копии всей информации, используемой для принятия этого решения. Она включает в себя копию руководящих принципов, протокола или критериев, которые мыиспользуем при принятии решения. Чтобы попросить об этом, позвоните провайдеру по указанному выше номеру телефона.

План может помочь вам в решении любых вопросов, связанных с данным уведомлением. Для получения справки можете звонить с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу по телефону 1-888-246-3333. Если у вас проблемы с говорением или слухом, пожалуйста, позвоните по номеру TDD 711, с 8:00 до 17:00, с понедельника по пятницу.

Если вам необходимо данное уведомление и / или другие документы из Плана в альтернативном 12345 12345

формате связи, например с большим шрифтом, шрифтом Брайля или в электронном формате, или если вы хотите помочь прочитать материал, обратитесь в Центр по обеспечению работоспособности по телефону 1 (888)246-3333.

Если План не помогает вам и / или требуется дополнительная помощь, то Управление Омбудсмена по государственному медицинскому страхованию Medi-Cal штата может помочь вам в решении любых вопросов. Вы можете звонить им по телефону 1(888)452-8609 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по тихоокеанскому времени, за исключением праздничных дней .

Это уведомление не влияет на ваши другие услуги Medi-Cal.

Приложения: NOABD "Ваши права”

Языковые пособия

Уведомление о недискриминации получателя

cc: Quality Management