

# اطلاعیه تعیین مزایا برخلاف درخواست شما

# درباره درخواست درمان شما

Click or tap to enter a date.

Beneficiary’s Name Treating Organization’s Name

Address Address

City, State Zip City, State Zip

### پاسخ: *Service requested*

شما در حال حاضر Service to be terminated را دریافت می‌کنید.از مورخClick or tap to enter a date.  این درمان دیگر توسط ما تأیید نخواهد شد.

به این دلیل که*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 plan authorization procedures that support the* *action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity*.

اگر فکر می‌کنید این تصمیم نادرست است، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید. اعلامیه اطلاعات "حقوق شما" در پیوست نحوه انجام این کار را به شما می‌گوید. به شما اطلاع می‌دهد از چه طریق می‌توانید برای درخواست تجدیدنظر کمک بگیرید. این به معنای کمک حقوقی رایگان نیز هست. توصیه می‌شود تمام اطلاعات یا اسنادی که می‌توانند به پرونده شما کمک کنند را همراه با درخواست تجدیدنظر ارسال کنید. اطلاعیه اطلاعات "حقوق شما" در پیوست، جدول زمانی که باید برای درخواست تجدیدنظر دنبال کنید را در اختیار شما قرار می‌دهد.

شما می‌توانید نسخه‌های رایگان تمام اطلاعات مورد استفاده برای اتخاذ این تصمیم را درخواست دهید. از جمله کپی دستورالعمل، پروتکل یا معیارهایی که برای تصمیم‌گیری استفاده کردیم. برای درخواست این، با ، با مرکز سلامت روان اورنج کانتی (Orange County Mental Health Plan) به شماره 3074-308 (866) تماس بگیرید.

اگر می‌خواهید در طول مدت تصمیم‌گیری ما درباره درخواست تجدیدنظر همچنان از این خدمات استفاده کنید، باید ظرف مدت 10 روز از تاریخ این نامه یا پیش از تاریخ اعلام شده توسط طرح شما ‍‍برای توقف یا کاهش خدمات سلامت روان که در بالا قید شده است، درخواست تجدیدنظر بدهید.

این اعلامیه روی هیچ یک از خدمات دیگرمدیکلMedi-Cal شما تأثیری ندارد.

**اگر در این رابطه سؤالی دارید، این برنامه می‌تواند به شما کمک کند. برای کمک گرفتن شما می توانید**  با برنامه سلامت روان اورنج کانتی (Orange County Mental Health Plan) به شماره تلفن 3074-308 (866) از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر, روزهای دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. اگر شما مشکل گفتاری یا شنوایی دارید, لطفاً با شماره 308-3073 TTY/TTD (866) از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر, روزهای دوشنبه تا جمعه برای کمک تماس بگیرید.

اگر نیاز دارید این اطلاعیه ویا سایر اسناد مربوط به این برنامه در قالب‌های دیگری مثل چاپ درشت، خط بریل یا یک قالب الکترونیکی در اختیار شما قرار بگیرد یا در صورتی که برای خواندن مطالب به کمک نیاز دارید با سلامت روان اورنج کانتی (Orange County Mental Health Plan) به شماره تلفن 3074-308 (866) نماس بگیرید.

اگر این برنامه پاسخگوی نیازهای شما نیست ویا به کمک بیشتری نیاز دارید، دفتر رسیدگی به شکایات درباره مراقبت‌های تحت مدیریت مدیکل Medi-Cal ایالت می‌تواند به سؤالات شما پاسخ دهد. می‌توانید از دوشنبه تا جمعه، 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر PST، به جز روزهای تعطیل، با شماره 1-888-452-8609 تماس بگیرید.

*Azahar V. Lopez, PsyD, CHC*

*Assistant Deputy Director*

*Quality Management Services*

پیوست‌ها: "حقوق شما"

اعلامیه کمک زبانی

اعلامیه مزایای عدم تبعیض

*Enclose notice with each letter*