

# إخطار التحديد السلبي للاستحقاقات

# بشأن طلب العلاج المقدم منك

#### Click or tap to enter a date.

## Beneficiary’s Name Treating Organization’s Name

Address Address

City, State Zip City, State Zip

### الرد: Service requested

Name of requestor has قدم طلبًا إلى خطة الصحة العقلية في مقاطعة أورانج (Orange County DrugMedi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS)) للموافقة على Service requested. وقد تم رفض هذا الطلب. وسبب الرفض هو 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.

يمكنك الطعن في هذا القرار إذا كنت تعتقد أنه غير صحيح. ويرشدك الإخطار المرفق "Your Right (حقوقك)" إلى كيفية القيام بذلك. كما يخبرك أيضًا أين يمكنك الحصول على المساعدة بشأن الطعن المقدم منكم. ويُقصد بهذا أيضًا أن المساعدة القانونية ستكون مجانًا. ونحن نحثُك على إرسال أي معلومات أو مستندات يمكنها دعم الطعن المقدم منكم وتكون مرافقة مع الطعن نفسه. ينص الإخطار الخاص بـ "Your Rights (حقوقك)" على مواعيد محددة لا بُد من اتباعها عند طلب تقديم الطعن.

يمكنك طلب نُسخ مجانية من كافة المعلومات المستخدمة لاتخاذ هذا القرار. وتتضمن هذه المعلومات نسخة من الإرشادات أو البروتوكول أو المعايير التي استُند إليها لاتخاذ قرار من طرفنا. لطلب هذه المعلومات، يرجى الاتصال بـ Orange County DMC-ODS (خطة الصحة النفسية في مقاطعة أورانج على رقم ‎(866) 308-3074.

في حالة حصولك على خدمات في الوقت الحالي وكنت تود الإبقاء على الحصول على تلك الخدمات في أثناء اتخاذ القرار من طرفنا بشأن الطعن المقدم من طرفكم، فينبغي لك طلب تقديم طعن خلال 10 أيام من تاريخ هذا الخطاب أو قبل التاريخ الذي تفيد فيه خطة الصحة النفسية الخاصة بك أن الخدمات سيتم إيقافها أو تخفيضها بحلوله.

يمكن أن تساعدك الخطة في الإجابة عن أي أسئلة لديك بشأن هذا الإخطار. للحصول على المساعدة، يمكنك الاتصال بفريق Orange County DMC-ODS من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 5:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة بالرقم ‎.(866) 308-3074 إذا كنت تعاني من إعاقة في الكلام أو السمع، فيرجى الاتصال بالهاتف النصي/أجهزة اتصالات الصم بالرقم ‎(866) 308-3073، بين الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة لتلقي المساعدة.

إذا كنت تحتاج إلى الحصول على هذا الإخطار و/أو مستندات أخرى من الخطة بتنسيقات بديلة، مثل طباعة بخط كبير، أو طريقة برايل، أو تنسيق إلكتروني، أو إذا كنت تريد مساعدة في قراءة هذه المواد، فيرجى التواصل مع فريق Orange County DMC-ODS بالاتصال بالرقم ‎(866) 308-3074.

إذا كانت الخطة لا تساعدك بشكل مُرضٍ و/أو تحتاج إلى مساعدة إضافية، فيمكن أن يساعدك مكتب أمين المظالم التابع للرعاية المُدارة من Medi-Cal في الولاية (State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office) بالإجابة عن أي أسئلة. يمكنك الاتصال بالمكتب من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا وحتى الساعة 5 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ (PST)، باستثناء العطلات الرسمية، بالرقم ‎1-888-452-8609.

لا يؤثر هذا الإخطار في أي من خدمات برنامج Medi-Cal الأخرى التي تتلقاها.



المرفقات: "حقوقك"

شعارات المساعدة اللغوية

إخطار بعدم التمييز بين المستفيدين

*Enclose notice with each letter*