

إخطار بالقرار السلبي بخصوص منح الاستحقاق

بشأن طلب العلاج الخاص بكم

#### Date

## Beneficiary’s Name Treating Provider’s Name

Address Address

City, State Zip City, State Zip

### رد: Service requested

نكتب هذا الإخطار لإخباركم أنOrange County Mental Health Plan (MHP) (خطة الصحة النفسية (MHP) في مقاطعة أورانج)قد قررت أن حالة صحتك النفسية لم تستوفِ معايير الضرورة الطبية لتكون مستحقة لخدمات الصحة النفسية المتخصصة. 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.

على الرغم من عدم أهليتك لخدمات الصحة النفسية المتخصصة، إلا أنه يمكنك تلقي خدمات الصحة النفسية غير المتخصصة من Health Plan or Entity responsible for mental health services, e.g., physical health care provider. يمكنك الاتصال على 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**.

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

يمكنك طلب نُسخ مجانية من كافة المعلومات المستخدمة لاتخاذ هذا القرار. وتتضمن هذه المعلومات نسخة من الإرشادات أو البروتوكول أو المعايير التي *استُنِدَ* إليها لاتخاذ قرار من طرفنا. لطلب هذه المعلومات، يرجى الاتصال بـ Orange County Mental Health Plan (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.

بإمكان الخطة أن تساعدك فيما يخص الإجابة عن أي تساؤلات لديك بشأن هذا الإخطار. لطلب المساعدة، يمكنك الاتصال بـ Orange County Mental Health Plan (خطة الصحة النفسية في مقاطعة أورانج) من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً من الاثنين إلى الجمعة على رقم (866) 308-3074. إذا كانت لديك صعوبة في التحدث أو الاستماع، فيرجى الاتصال على رقم TTY (المبرقة الكاتبة الهاتفية)/TTD (جهاز الاتصالات السلكية واللاسلكية للصم) (866) 308-3073 من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً من الاثنين إلى الجمعة وذلك لطلب المساعدة.

إذا كنت بحاجة إلى أن يكون هذا الإخطار و/أو مستندات أخرى من الخطة تُكتب بتنسيق آخر من تنسيقات التواصل المستخدمة كالخط العريض أو بطريقة برايل أو بتنسيق إلكتروني أو إذا كنت تودّ تلقي المساعدة في قراءة هذا التقرير، فيرجى الاتصال بـ Orange County Mental Health Plan (خطة الصحة النفسية في مقاطعة أورانج) عن طريق الاتصال على رقم (866) 308-3074.

إذا كانت هذه الخطة لا تساعدك على نحوٍ يرضيك و/أو إذا كنت في حاجة إلى مساعدة إضافية، فبإمكانState Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office (مكتب أمين المظالم ببرنامج المساعدة الطبية للرعاية المُدارة بالولاية) تقديم المساعدة لك بالإجابة عن أي تساؤلات. يمكنك الاتصال به من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً بتوقيت منطقة المحيط الهادي باستثناء أيام العطلات   
على رقم 1-888-452-8609.

لا يمس هذا الإخطار بأيٍ من خدمات المساعدة الطبية الأخرى الخاصة بك.

*كيلي سابيت، LCSW (أخصائي اجتماعي سريري مرخَّص)*

*المدير الإداري، خدمات تحسين الصلاحيات والجودة*

مرفق: "Your Rights (حقوقك)"

توجيهات المساعدة اللغوية

إخطار عدم التمييز

*Enclose notice with each letter*