# 

# اطلاعیه تعیین مزایا برخلاف درخواست شما

# درباره درخواست درمان شما

Click or tap to enter a date.

Beneficiary’s Name Treating Provider’s Name

Address Address

City, State Zip City, State Zip

### پاسخ: *Service requested*

این اطلاعیه به شما اعلام می‌کند که خدمات سلامت رفتاری (طرح) اورنج کانتی تأیید کرده است که وضعیت سلامت روانی شما با معیارهای لازم پزشکی مطابقت ندارد و شما از صلاحیت لازم برای دریافت خدمات تخصصی سلامت روان برخوردار نیستید.

به این دلیل که*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*.

علیرغم اینکه از صلاحیت لازم برای دریافت خدمات تخصصی سلامت روان برخوردار نیستید، اما ممکن است بتوانید خدمات غیرتخصصی سلامت روان را از*Health Plan or Entity responsible for mental health services, e.g., physical health care provider* دریافت کنید. می‌توانید از طریق شماره*telephone number* با آن‌ها تماس بگیرید***If applicable, insert additional action taken by the Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member****.*

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 تجدید نظر ارسال کنید. اطلاعیه مربوط به "حقوق شما" در پیوست، جدول زمانی که باید برای درخواست تجدید نظر دنبال کنید را در اختیارتان 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 مرکز سلامت روان اورنج کانتی (MHP)

(Orange County Mental Health Plan) به شماره 3074-308 (866) تماس بگیرید.

اگر در حال حاضر خدماتی دریافت می‌کنید و می‌خواهید در طول درخواست تجدیدنظر همچنان از آن استفاده کنید، باید ظرف مدت 10 روز از تاریخ این نامه یا پیش از تاریخ اعلام شده توسط طرح سلامت روان شما ‍‍برای توقف یا کاهش خدمات سلامت روان، درخواست تجدیدنظر بدهید.

**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 لطفا با برنامه سلامت روان اورنج کانتی (Orange County Mental Health Plan) به شماره**

**3074-308 (866) تماس بگیرید.**

اگر طرح پاسخگوی نیازهای شما نیست ویا به کمک بیشتری نیاز دارید، دفتر رسیدگی به شکایات درباره مراقبت‌های تحت مدیریت 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.

این اعلامیه روی هیچ یک از خدمات دیگر مدیکل Medi-Cal شما تأثیری ندارد.

*Azahar V. Lopez, PsyD, CHC*

*Assistant Deputy Director*

*Quality Management Services*

پیوست: "حقوق شما"

اعلامیه کمک زبانی

اعلامیه مزایای عدم تبعیض

*Enclose notice with each letter*