#

# 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***

*Name of requestor* از برنامه سلامت روان اورنج کانتی(BHP ) درخواست تأیید *Service requested* را داشته است. ما نمی‌توانیم این درمان را به صورتی که درخواست شما است تأیید کنیم.

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 reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action;**and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity*

به جای آن، این درمان را تأیید خواهیم کرد: *Service or service length approved.*

*اگر فکر می کنید این تصمیم نادرست است، می توانید شکایت کنید. اطلاعیه اطلاعات "حقوق شما" در ضمیمه به شما می گوید که چگونه این کار را انجام دهید. این به شما اطلاع می دهد که چگونه می توانید کمک جذاب دریافت کنید. این همچنین به معنای کمک حقوقی رایگان است. توصیه می شود تمام اطلاعات یا اسنادی را که می تواند به پرونده شما کمک کند، همراه با درخواست تجدید نظر ارائه دهید. اطلاعیه اطلاعات «حقوق شما برای مراقبت های مدیریت شده Medi-Cal» در ضمیمه، جدول زمانی را که باید برای درخواست تجدید نظر دنبال کنید، در اختیار شما قرار می دهد.*

*می توانید کپی رایگان تمام اطلاعات مورد استفاده برای تصمیم گیری را درخواست کنید. از جمله کپی دستورالعمل ها، پروتکل ها یا معیارهایی که برای تصمیم گیری استفاده کردیم. برای درخواست این، با BHP با شماره (866) 308-3074 تماس بگیرید.*

اگر می‌خواهید در طول مدت تصمیم‌ گیری ما درباره درخواست تجدید نظر، به خدماتی که میگیرد ادامه دهید ، باید ظرف مدت 10 روز از تاریخ این نامه یا قبل از تاریخی که این برنامه به شما اعلام کرده ‍‍برای توقف یا کاهش خدمات سلامت روان درخواست تجدیدنظر بدهید.

این طرح می تواند به شما در مورد هر سوالی که ممکن است در مورد این هشدار داشته باشید کمک کند. برای کمک، می توانید از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه با شماره (866) 3074-308 با BHP تماس بگیرید. اگر در صحبت کردن یا شنوایی مشکل دارید، لطفا از دوشنبه تا جمعه، به استثنای تعطیلات، از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر با شماره (866) 308-3073 TTY/TTD تماس بگیرید.

**اگر نیاز دارید که این اطلاعیه یا سایر اسناد مربوط به این برنامه در قالب های دیگری مانند چاپ بزرگ، بریل یا فرمت الکترونیکی در اختیار شما قرار گیرد، یا اگر برای خواندن مطالب به کمک نیاز دارید، لطفا با BHP با شماره (866) 308-3074 تماس بگیرید.**

اگر این برنامه 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 تحت مراقبت های مدیریت شده Medi-Cal"

 اطلاعیه در دسترس بودن

 اطلاعیه عدم تبعیض اعضا

*Enclose notice with each letter*