

# 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 می کنید این تصمیم نادرست است، می توانید شکایت کنید. اطلاعیه اطلاعاتی «حقوق شما برای مراقبت های مدیریت شده Medi-Cal» در ضمیمه به شما می گوید که چگونه این کار را انجام دهید. این به شما اطلاع می دهد که چگونه می توانید کمک جذابی 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 اطلاعاتی «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 برنامه بهداشت رفتاری اورنج کانتی (BHP) به شماره (866) 308-3074 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.

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 این اطلاعیه یا سایر اسناد مربوط به این برنامه در قالب های دیگر 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 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*

پیوست: "حقوق شما تحت مراقبت های مدیریت شده Medi-Cal"

 اطلاعیه در دسترس بودن

 اطلاعیه عدم تبعیض اعضا

*Enclose notice with each letter*