**إشعار تحديد رفض الاستحقاق**

**حول إشعار نظام طلب العلاج والتسليم الخاص بك**

*التاريخ*

*اسم العضو اسم مقدم العلاج*

*العنوان العنوان*

*الرمز البريدي للمدينة والولاية الرمز البريدي للمدينة والولاية*

**رد على:** *الخدمة المطلوبة*

يُعلمك هذا الإشعار بأن *خطة* التأمين قد قررت أن حالتك المتعلقة بالصحة النفسية أو اضطراب تعاطي المخدرات لا تستوفي معايير الضرورة الطبية لتكون مؤهلاً للحصول على خدمات الصحة النفسية المتخصصة أو خدمات اضطراب تعاطي المخدرات.

1. *وصف للمعايير أو الإرشادات المستخدمة، متضمنًا إشارة إلى اللوائح المحددة وإجراءات تفويض المقاطعة التي تدعم هذا القرار؛ و،*
2. *الأسباب السريرية للقرار فيما يتعلق بالضرورة الطبية.*

على الرغم من أنك لا تستوفي شروط الحصول على خدمات الصحة النفسية المتخصصة أو خدمات اضطراب تعاطي المخدرات، فقد تتمكن من تلقي خدمات الصحة النفسية غير المتخصصة من *الجهة المسؤولة عن خدمات الصحة النفسية أو خدمات اضطراب تعاطي المخدرات في المقاطعة الصحية، مثل مقدم الرعاية الصحية الجسدية.* يمكنك التواصل معهم عبر *رقم الهاتف*. ***[إذا كان ذلك مناسبًا، أضف أي إجراءات إضافية اتخذتها خطة الصحة النفسية لتنسيق الرعاية أو أي متابعة إضافية مطلوبة من قبل المستفيد].***

يُمكنك الاستئناف على هذا القرار إذا كنت تعتقد أنه غير صحيح. يحتوي المرفق "حقوقك" على معلومات عن كيفية تقديم استئناف. كما يوضح أيضًا أين يُمكنك الحصول على المساعدة في استئنافك. هذا يعني أيضًا الحصول على المساعدة القانونية المجانية. نشجعك على إرسال أي معلومات أو مستندات قد تساعد في دعم استئنافك. يوضح المرفق "حقوقك" المواعيد النهائية التي يجب اتباعها عند تقديم طلب الاستئناف.

يُمكنك طلب نسخ مجانية من جميع المعلومات المستخدمة لاتخاذ هذا القرار. هذا يشمل نسخة من الإرشادات أو البروتوكولات أو المعايير التي استخدمناها للوصول إلى القرار. لطلب ذلك، يُرجى الاتصال *بالخطة* على *رقم الهاتف.*

إذا كنت تتلقى حاليًا هذه الخدمات وترغب في الاستمرار في تلقيها في أثناء النظر في استئنافك، يجب تقديم طلب الاستئناف خلال 10 أيام من تاريخ هذا الخطاب، أو قبل التاريخ الذي تحدده خطة الصحة السلوكية لإيقاف الخدمات أو تقليلها.

يمكن للمقاطعة مساعدتك في أي أسئلة لديك بخصوص هذا الإشعار. للمساعدة، يُمكنك الاتصال بخدمة الأعضاء في *الخطة* *خلال ساعات العمل الرسمية* على *رقم الهاتف خلال ساعات العمل الرسمية.* إذا كنت تواجه صعوبة في التحدث أو السمع، يُرجى الاتصال برقم TTY/TTD على *رقم TTY/TTD* خلال *ساعات العمل الرسمية* للحصول على المساعدة.

إذا كنت بحاجة إلى هذا الإشعار أو مستندات أخرى من الخطة بتنسيق بديل، مثل خط كبير، طريقة برايل، أو بتنسيق إلكتروني، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في قراءة المحتوى، يُرجى الاتصال *بالخطة* عبر الاتصال على *رقم الهاتف.*

إذا لم توفر لك المقاطعة المساعدة التي تحتاجها أو إذا كنت بحاجة إلى دعم إضافي، فإن مكتب وسيط برنامج Medi-Cal Managed Care التابع للولاية يمكنه مساعدتك في أي استفسارات. يُمكنك الاتصال بهم من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ (PST)، باستثناء العطلات، على الرقم  
1-888-452-8609.

لا يؤثر هذا الإشعار في أي من خدمات Medi-Cal الأخرى الخاصة بك.

*فريق تظلمات المقاطعات*

المرفقات*: "حقوقك تحت رعاية ميدي-كال المُدارة"*

إشعار بإتاحة العلامات