**إشعار تحديد رفض الاستحقاق**

**حول إشعار تعديل طلب العلاج الخاص بك**

*التاريخ*

*اسم العضو اسم مقدم العلاج*

*العنوان العنوان*

*الرمز البريدي للمدينة والولاية الرمز البريدي للمدينة والولاية*

**رد على:** *الخدمة المطلوبة*

لقد قدّم *اسم مقدم الطلب* طلب لموافقة *اسم مقدم الخدمة* على *الخدمة المطلوبة.* لا يمكننا الموافقة على هذا العلاج كما هو مطلوب. هذا لأن*:*

*1. تفسير واضح وموجز لأسباب اتخاذ القرار؛*

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

بدلًا من ذلك، سنوافق على العلاج التالي: *الخدمة أو مدة الخدمة الموافق عليها.*

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 *بمقدم الخدمة* 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 النفسية لإيقاف الخدمات أو تقليلها.

يمكن للخطة مساعدتك في أي أسئلة لديك بخصوص هذا الإشعار. للحصول على المساعدة، يمكنك الاتصال *باسم مقدم الخدمة خلال ساعات العمل* على رقم هاتف *مقدم الخدمات*. 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 و/أو مستندات أخرى من اسم مقدم الخدمة بتنسيق تواصلي بديل مثل الخط الكبير، أو بطريقة برايل، أو بصيغة إلكترونية، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في قراءة المحتوى، يرجى الاتصال بـ *اسم مقدم الخدمة* عن طريق الاتصال على *رقم الهاتف*.

إذا لم يوفر لك اسم مقدم الخدمة 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.

*تحية الوكالة الموفرة*

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

إشعار بشعارات لغة التوفر