**اطلاعیه تصمیم مغایر در زمینه مزایا**

**درباره درخواست درمان شما - اطلاعیه اصلاح**

*تاریخ*

*نام عضو نام ارائه‌دهنده خدمات درمانی*

*نشانی نشانی*

*شهر، ایالت، کد پستی شهر، ایالت، کد پستی*

**در رابطه با:** *خدمات درخواستی*

*نام درخواست‌کننده* از *نام* *ارائه*‌*دهنده* درخواست کرده است *خدمات* *درخواستی* را تأیید کند.ما به این دلایل نمی‌توانیم این درمان درخواست‌شده را تأیید کنیم. زیرا:

*1. توضیح واضح و مختصر درباره‌ی دلایل تصمیم‌گیری؛*

1. *شرح معیارها یا دستورالعمل‌های استفاده‌شده، شامل ارجاع به مقررات خاص و رویه‌های مجوزدهی که از این اقدام پشتیبانی می‌کنند؛ و*
2. *دلایل بالینی برای تصمیم‌گیری در خصوص ضرورت پزشکی.*

در عوض، درمان زیر را تأیید خواهیم کرد: *خدمات یا مدت زمان خدمات تأییدشده.*

اگر فکر می‌کنید این تصمیم نادرست است، می‌توانید نسبت به آن درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. پیوست «حقوق شما» حاوی اطلاعاتی در مورد نحوه ارائه این درخواست است. مکان‌هایی که می‌توانید در آن‌ها در زمینه ارائه درخواست تجدیدنظر کمک دریافت کنید نیز در این فایل پیوست ذکر شده است. کمک حقوقی رایگان نیز در این مکان‌ها ارائه می‌شود. توصیه می‌شود تمام اطلاعات یا مدارکی را که به فرایند تجدیدنظر شما کمک می‌کند، همراه با درخواست تجدیدنظر خود ارسال نمایید. یک جدول زمانی در پیوست «حقوق شما» ذکر شده است که باید آن را در زمان ارائه درخواست تجدیدنظر رعایت کنید.

شما می‌توانید رونوشت رایگان همه اطلاعات استفاده‌شده برای اتخاذ این تصمیم را درخواست کنید. این اطلاعات شامل دستورالعمل، پروتکل یا معیارهایی است که از آن‌ها در اتخاذ این تصمیم استفاده کردیم. برای درخواست آن، لطفاً با *نام* *ارائه‌دهنده* با *شماره تلفن* تماس بگیرید.

اگر در حال حاضر خدماتی دریافت می‌کنید و مایلید هنگامی که ما درباره درخواست تجدیدنظرتان تصمیم‌گیری می‌کنیم، همچنان این خدمات را دریافت کنید، باید درخواست تجدیدنظر خود را ظرف 10 روز از تاریخ این نامه یا پیش از تاریخی که طرح سلامت روان شما اعلام می‌کند خدمات متوقف می‌شود یا کاهش می‌یابد، ارائه دهید.

طرح می‌تواند به سؤالات شما در رابطه با این اطلاعیه پاسخ دهد. برای کسب راهنمایی، می‌توانید با ارائه‌دهنده طی  *ساعت‌های کاری* با *ارائه‌دهنده با شماره تلفن خدمات تماس بگیرید*. اگر دچار مشکل شنوایی یا گفتاری هستید، لطفاً برای دریافت با شماره TTY/TTD *شماره TTY/TTD،* طی *ساعت‌های کاری* برای دریافت کمک تماس بگیرید.

در صورت نیاز به این اطلاعیه و/یا مدارک دیگر از طرف نام ارائه‌دهنده خدمات در فرمت ارتباطی دیگر نظیر چاپ با حروف بزرگ، خط بریل یا فرمت الکترونیکی، یا نیاز به کمک برای خواندن مطالب آن، لطفاً با  *ارائه‌دهنده خدمات* با *شماره تلفن* تماس بگیرید.

اگر از کمک Provider Name رضایت ندارید و/یا به کمک بیشتری نیاز دارید، دفتر بازرس مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal ایالتی می‌تواند به سؤالات شما پاسخ دهد. می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت PST، به ‌استثنای روزهای تعطیل از طریق شماره ‎1-888-452-8609 با آن‌ها تماس بگیرید.

این اطلاعیه روی هیچ‌یک از خدمات دیگر Medi-Cal شما تأثیری نخواهد گذاشت.

*آژانس ارائه‌دهنده محترم*

پیوست*: «حقوق شما تحت مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal»*

تگ‌لاین‌های زبانی مربوط به در دسترس بودن