**711 اطلاعیه تصمیم مغایر در زمینه مزایا**

**درباره درخواست درمان شما**

*تاریخ*

*نام عضو نام ارائه‌دهنده خدمات درمانی*

*نشانی نشانی*

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

**در رابطه با:** *خدمات درخواستی*

*شما یا ارائه‌دهنده‌تان نام ارائه‌دهنده درخواستی* از *نام ارائه‌دهنده* درخواست کرده‌اید *خدمات درخواستی* را دریافت یا تأیید کند. سوابق ما حاکی از آن است که شما خدمت(خدماتی) درخواست کرده‌اید، یا خدمت(خدماتی) از طرف شما در *تاریخ* درخواست شده است. *نام ارائه‌دهنده* هنوز تصمیمی در رابطه با درخواست شما نگرفته است.

بابت تأخیر در رسیدگی به این درخواست از شما عذرخواهی می‌کنیم. ما در حال بررسی درخواست شما هستیم و به‌زودی تصمیمی به *شما یا ارائه‌دهنده‌تان نام ارائه‌دهنده درخواستی*  ارائه خواهیم داد.

می‌توانید به این تصمیم اعتراض کنید. 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.

نام ارائه‌دهنده می‌تواند به سؤالات شما در رابطه با این اطلاعیه پاسخ دهد. برای کسب راهنمایی، می‌توانید با *نام ارائه‌دهنده در ساعات کاری* با *شماره تلفن* تماس بگیرید. اگر دچار مشکل شنوایی یا تکلم هستید، لطفاً برای دریافت با شماره TTY/TTD *711*، طی *ساعات کاری* تماس بگیرید.

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

اگر از کمک *نام ارائه‌دهنده* 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 مربوط به در دسترس بودن