

اطلاعیه گزگزینی مزایا - عدم پرداخت
درباره درخواست خدمات درمانی شما

تاریخ

نام ارائه‌دهنده خدمات درمانی
آدرس:
کد پستی شهر، ایالت

نام ذی‌نفع
آدرس:
کد پستی شهر، ایالت

پاسخ: خدمات درخواستی

نام ارائه‌دهنده درخواست‌کننده برنامه از درخواست کرده است که پرداختی‌های خدمات زیر را که قبلاً دریافت کرده‌اید تأیید کند: خدمات درخواستی. برنامه درخواست ارائه‌دهنده شما برای پرداخت را رد کرده است. دلیل رد این درخواست به این شرح است: 1. توضیح روشن و دقیق دلایل این تصمیم؛ 2. شرح معیارها یا دستورالعمل‌های مورد استفاده، از جمله استناد به مقررات و رویه‌های کسب مجوز بخصوصی که از این اقدام حمایت کنند؛ و دلایل بالینی برای تصمیم در خصوص ضرورت پزشکی..

لطفاً توجه کنید: این برگه صورتحساب خدمات نیست. شما موظف به پرداخت هزینه خدماتی که دریافت کرده‌اید نیستید.

اگر فکر می‌کنید این تصمیم نادرست است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. ضمیمه «حقوق شما» شما را راهنمایی می‌کند. اطلاعات محل‌هایی که برای دریافت کمک در خصوص درخواست تجدیدنظر می‌توانید به آنها مراجعه کنید نیز در این ضمیمه ارائه شده‌اند. در این محل‌ها مشاوره حقوقی رایگان هم ارائه می‌شود. بهتر است اطلاعات یا اسنادی که می‌توانند به رسیدگی به درخواست تجدیدنظرتان کمک کنند را به همراه درخواست تجدیدنظرتان ارسال کنید. ضرب‌الاجل‌های تعیین‌شده برای درخواست تجدیدنظر در ضمیمه «حقوق شما» ارائه شده‌اند.

در صورت درخواست شما، نسخه‌های رایگان تمامی اطلاعاتی که برای اتخاذ این تصمیم استفاده شده‌اند در اختیارتان قرار داده می‌شود. این نسخه‌ها شامل نسخه‌هایی از دستورالعمل‌ها، پروتکل‌ها، یا معیارهای مورد استفاده در فرآیند تصمیم‌گیری‌مان هستند. برای درخواست این مورد، لطفاً با برنامه با شماره شماره تلفن تماس بگیرید.

برنامه می‌تواند تمامی پرسش‌های شما را درباره این اطلاعیه پاسخ دهد. برای درخواست کمک، لطفاً با برنامه با شماره تلفن خدمات اعضای برنامه تماس بگیرید. اگر مشکلات تکلم یا شنوایی دارید، برای درخواست کمک لطفاً مابین ساعت‌های کاری با TTY/TTD با شماره تلفن بگیرید.

اگر نیاز دارید که این اطلاعیه یا سایر اسناد برنامه با قالب ارتباطی دیگری، مثلاً با فونت درشت‌تر، خط بریل، یا در قالب الکترونیکی برای شما ارسال شود، یا اگر برای خواندن مطالب این اطلاعیه یا سایر اسناد برنامه به کمک نیاز دارید، لطفاً با شماره‌گیری شماره تلفن با برنامه تماس بگیرید.

اگر برنامه به‌طور مقتضی به شما کمک نمی‌کند و یا به کمک بیشتری نیاز دارید، «دفتر بازرسی ایالتی مراقبت‌های مدیریت‌شده مدی‌کال» می‌تواند پرسش‌های شما را پاسخ دهد. برای تماس با این دفتر، در روزهای دوشنبه تا جمعه، به استثنای روزهای تعطیل، از ساعت ۸ صبح تا ۵ عصر به وقت استاندارد اقیانوس آرام می‌توانید با شماره ۰۰۱۸۸۸۴۵۲۸۶۰۹ تماس بگیرید.

این اطلاعیه بر سایر خدمات مدی‌کال اثر نمی‌گذارد.



کادر امضاء

ضمیمه‌ها: «حقوق شما»
تگ‌لاین‌های کمکی زبان
اطلاعیه عدم تبعیض ذی‌نفع

این اطلاعیه به تمامی نامه‌ها ضمیمه شود