# إشعار بقرار عدم تقديم المزايا - الرفض

# معلومات عن طلب علاجك

#### Date

## *Beneficiary’s Name* *Treating Provider’s Name*

*Address* *Address*

*City, State Zip* *City, State Zip*

### بشأن: *Service requested*

لقد طلب*Name of requestor* من *Plan*الموافقة على *Service requested.* ولكنّ هذا الطلب قد قُوبل بالرفض. ذلك لأنّ*Using plain language, insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision;* *2. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and authorization procedures that support the action; and* *3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.*

ويمكنك الطعن على هذا القرار إذا كنت تشك في عدم صحته. وسيُبيِّن لك إشعار "حقوقك" المعلوماتي المرفق كيفية الطعن، وكيفية الحصول على المساعدة عند تقدم الطعن. وهذا يعني أيضًا حصولك على مساعدة قانونية مجانية. كما إننا نحثك على على أن ترسل مع الطعن أي معلومات أو مستندات يمكن أن تدعم هذا الطعن وتُقوِّيه. ويتضمن إشعار "حقوقك" المعلوماتي المرفق جداول زمنية يجب عليك الالتزام بها عند طلب تقديم طعن.

ويمكنك طلب نسخ مجانية من جميع المعلومات المستخدمة لاتخاذ هذا القرار. ويمكنك طلب نسخة من الدليل الإرشادي أو البروتوكول أو المعايير التي استخدمناها لاتخاذ قرارنا. ولطلب نسخة، يُرجى الاتصال بـ*Plan* على رقم*telephone number*.

وإذا كنت تتلقى حاليًا خدمات وتريد الاستمرار في تلقيها أثناء اتخاذ قرار بشأن الطعن، فيجب عليك طلب تقديم طعن في غضون 10 أيام من التاريخ الوارد في هذه الرسالة أو قبل التاريخ الذي تنص فيه الخطة على أنّ الخدمات ستتوقف أو ستنخفض.

ويمكن للخطة أنْ تساعدك على الحصول على أجوبة لأي أسئلة لديك بشأن هذا الإشعار. وللحصول على المساعدة، يمكنك الاتصال في تمام الساعة *Plan* *hours of operation* على رقم *Plan’s Member Services telephone number*. وإذا كنت تعاني من مشكلة في التحدث أو السمع، فيُرجى الاتصال بالرقم المُخصص للصم والبكم *TTY/TTD number* بين الساعتين *hours of operation* للحصول على المساعدة.

وإذا كنت تريد هذا الإشعار أو تريد مستندات أخرى من الخطة بتنسيق بديل مثل الخط الكبير أو طريقة برايل أو تنسيق إلكتروني، أو إذا كنت ترغب في قراءة المواد، فيرجى الاتصال بـ *Plan* على رقم *telephone number*.

وإذا لم تساعدك الخطة على نحو يُرضيك أو كنت بحاجة إلى مساعدة أخرى، يمكن لمكتب مُحقِّق شكاوى الرعاية المدارة ببرنامج Medi-Cal بالولاية مساعدتك بشأن الرد على أي أسئلة. ويمكنك الاتصال به من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 5 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، باستثناء أيام العطلات، على الرقم 1-888-452-8609.

لا يؤثر هذا الإشعار على أي من خدمات برنامج Medi-Cal الأخرى التي تحصل عليها.

*Signature Block*

المرفقات: "حقوقك"

 العبارات الترويجية للمساعدة اللغوية

 إشعار بعدم التمييز للمستفيد

*Enclose notice with each letter*