



## إشعار تحديد رفض الاستحقاق - الرفض بخصوص طلبك للعلاج

التاريخ

اسم المستفيد  
العنوان  
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

اسم مقدم العلاج  
العنوان  
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

رد على: الخدمة المطلوبة

لقد قَدّم [اسم مقدم الطلب] طلب لموافقة الخطة على الخدمة المطلوبة. يؤسفنا إبلاغك بأن هذا الطلب مرفوض. سبب الرفض هو استخدام لغة بسيطة، أدخل: 1. تفسير واضح وموجز لأسباب اتخاذ القرار؛ 2. وصف للمعايير أو الإرشادات المستخدمة، متضمنًا إشارة إلى اللوائح والإجراءات المعتمدة التي تدعم هذا الإجراء؛ و3. الأسباب السريرية للقرار فيما يتعلق بالضرورة الطبية.

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. وهذا يشمل نسخة من الإرشادات أو البروتوكولات أو المعايير التي استخدمناها للوصول إلى القرار. لطلب ذلك، يُرجى الاتصال بالخطة على رقم الهاتف.

إذا كنت تتلقى حاليًا هذه الخدمة وترغب في الاستمرار في تلقيها في أثناء النظر في استئنافك، يجب تقديم طلب الاستئناف خلال 10 أيام من تاريخ هذا الخطاب أو قبل الموعد الذي حددته الخطة لإيقاف الخدمات أو تقليلها.

يمكن للخطة مساعدتك في أي أسئلة لديك بخصوص هذا الإشعار. للمساعدة، يُمكنك الاتصال بخدمة الأعضاء في الخطة على رقم الهاتف خلال ساعات العمل الرسمية. 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 أو مستندات أخرى من الخطة بتنسيق بديل، مثل خط كبير، طريقة برايل، أو بتنسيق إلكتروني، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في قراءة المحتوى، يُرجى الاتصال بالخطة عبر الهاتف على رقم الهاتف. إذا لم توفر لك الخطة 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، عبر الرقم 1-888-452-8609.



لا يؤثر هذا الإشعار في أي من خدمات Medi-Cal الأخرى الخاصة بك.  
مكان التوقيع

المرفقات: "حقوقك"  
شعارات المساعدة اللغوية  
إشعار عدم التمييز للمستفيدين

أرفق إشعارًا مع كل رسالة