**إشعار تحديد رفض الاستحقاق**

**حول إشعار رفض طلب العلاج الخاص بك**

*التاريخ*

*اسم العضو اسم مقدم العلاج*

*العنوان العنوان*

*الرمز البريدي للمدينة والولاية الرمز البريدي للمدينة والولاية*

**رد على:** *الخدمة المطلوبة*

لقد قدّم *اسم مقدم الطلب* إلى *اسم مقدم الخدمة* طلبًا للموافقة على *الخدمة المطلوبة.* يؤسفنا إبلاغك بأن هذا الطلب مرفوض. سبب الرفض هو*: 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. هذا يشمل نسخة من الإرشادات أو البروتوكولات أو المعايير التي استخدمناها للوصول إلى القرار. لطلب ذلك، يُرجى الاتصال بـ *اسم مقدم الخدمة* 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 حدده اسم مقدم الخدمة لإيقاف الخدمات أو تقليلها.

يمكن للمقاطعة مساعدتك في أي أسئلة لديك بخصوص هذا الإشعار. للمساعدة، يمكنك الاتصال بـ *اسم مقدم الخدمة خلال ساعات العمل* على *رقم الهاتف*. 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 بـ *اسم مقدم الخدمة* عبر الهاتف على *رقم الهاتف*.

إذا لم توفر لك المقاطعة 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، على الرقم  
1-888-452-8609.

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

*تحية الوكالة الموفرة*

المرفقات*: "حقوقك تحت رعاية ميدي-كال المُدارة"*

إشعار بإتاحة العلامات

إشعار عن عدم التمييز