# إشعار تحديد رفض الاستحقاق

**حول رفض طلب العلاج - رفض الدفع**

*التاريخ*

*اسم العضو اسم مقدم العلاج*

*العنوان العنوان*

*الرمز البريدي للمدينة والولاية الرمز البريدي للمدينة والولاية*

**رد على:** *الخدمة المطلوبة*

لقد طلب *اسم مقدم الطلب* من *اسم مقدم الخدمة* الموافقة على دفع تكاليف الخدمة التالية، التي سبق أن تلقيتها: *الخدمة المطلوبة.* يؤسفنا إبلاغك بأن الخطة رفضت طلب مقدم الخدمة لدفع التكاليف. سبب الرفض هو*:*

*1. تفسير واضح وموجز لأسباب اتخاذ القرار؛*

1. *وصف للمعايير أو الإرشادات المستخدمة، متضمنًا إشارة إلى اللوائح والإجراءات المعتمدة التي تدعم هذا الإجراء؛ و*
2. *الأسباب السريرية للقرار فيما يتعلق بالضرورة الطبية.*

# يُرجى ملاحظة: هذه ليست فاتورة للخدمة. لست مطالبًا بدفع تكاليف الخدمات التي تلقيتها.

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 *بمقدم الخدمة* على *رقم الهاتف.*

يمكن لمقدم الخدمة مساعدتك في أي أسئلة لديك بخصوص هذا الإشعار. للمساعدة، يُمكنك الاتصال بـ *مقدم الخدمة خلال ساعات العمل*على *رقم هاتف خدمة الأعضاء بالخطة.* 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 و/أو مستندات أخرى من اسم مقدم الخدمة بتنسيق تواصلي بديل مثل الخط الكبير، أو بطريقة برايل، أو بصيغة إلكترونية، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في قراءة المحتوى، يرجى الاتصال بـ *اسم مقدم الخدمة* عن طريق الاتصال 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، على الرقم
1-888-452-8609.

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

*تحية الوكالة الموفرة*

المرفقات: حقوقك في إطار الرعاية المدارة من Medi-Cal

إشعار بإتاحة العلامات

إشعار عن عدم التمييز