



إشعار تحديد رفض الاستحقاق - رفض الدفع بخصوص طلبك للعلاج

التاريخ

اسم المستفيد	اسم مقدم العلاج
العنوان	العنوان
المدينة، الولاية، الرمز البريدي	المدينة، الولاية، الرمز البريدي

رد على: الخدمة المطلوبة

لقد طلب [اسم مقدم الطلب] من الخطة 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 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.

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

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، على 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