**إشعار تحديد رفض الاستحقاق**

**حول طلب العلاج الخاص بك - إشعار إنهاء العلاج**

*التاريخ*

*اسم العضو اسم مقدم العلاج*

*العنوان العنوان*

*الرمز البريدي للمدينة والولاية الرمز البريدي للمدينة والولاية*

**رد على:** *الخدمة المطلوبة*

أنت تتلقى حاليًا *الخدمة المطلوب إنهاؤها*.اعتبارًا من *تاريخ الإنهاء*، لن نوافق على استمرار هذا العلاج. هذا هو*:*

*1. تفسير واضح وموجز لأسباب اتخاذ القرار؛*

1. *وصف للمعايير أو الإرشادات المستخدمة، متضمنًا إشارة إلى اللوائح المحددة وإجراءات تفويض الخطة التي تدعم هذا القرار؛ و*
2. *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 *بمقدم الخدمة* على *رقم الهاتف.*

إذا كنت ترغب في الاستمرار في تلقي هذه الخدمة في أثناء النظر في استئنافك، يجب تقديم طلب الاستئناف خلال 10 أيام من تاريخ هذا الخطاب، أو قبل التاريخ الذي يحدده اسم مقدم الخدمة لإيقاف الخدمات أو تقليلها كما هو مذكور أعلاه.

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

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

*تحية الوكالة الموفرة*

المرفقات: *حقوقك في إطار الرعاية المدارة من Medi-Cal*

إشعار بشعارات لغة التوفر