**إشعار تحديد رفض الاستحقاق**

**حول المسؤولية المالية**

*التاريخ*

*اسم العضو اسم مقدم العلاج*

*العنوان العنوان*

*الرمز البريدي للمدينة والولاية الرمز البريدي للمدينة والولاية*

**رد على:** *الخدمة المطلوبة*

لقد رفض *اسم مقدم الخدمة* استئنافك بخصوص المسؤولية المالية المتعلقة بـ *أدخل وصف المسؤولية المالية المتنازع عليها، (مثل المشاركة في التكاليف، التأمين المشترك، أو أي مسؤوليات أخرى)*. هذا بسبب *استخدام لغة بسيطة، قم بإدراج شرح واضح وموجز لأسباب الرفض. إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من المعلومات، يُرجى توضيح المعلومات المطلوبة أو أي خطوات إضافية يجب اتخاذها، إذا لزم الأمر*.

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 للخطة مساعدتك في أي أسئلة لديك بخصوص هذا الإشعار. للمساعدة، يمكنك الاتصال بـ *اسم مقدم الخدمة خلال ساعات العمل* على رقم هاتف*اسم مقدم خدمات الأعضاء*. 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 ترغب في الحصول على 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 بشعارات لغة التوفر