**إشعار تحديد رفض الاستحقاق**

**حول طلب العلاج الخاص بك إشعار الوصول في الوقت المناسب**

*التاريخ*

*اسم العضو اسم مقدم العلاج*

*العنوان العنوان*

*الرمز البريدي للمدينة والولاية الرمز البريدي للمدينة والولاية*

**رد على:** *الخدمة المطلوبة*

*أنت أو مقدم الخدمة الخاص بك –اسم مقدم الخدمة* قد طلبتم من *الخطة* التأمينية الحصول على أو الموافقة على *الخدمة المطلوبة*. لم يوفر *اسم مقدم الطلب* الخدمات خلال *عدد* أيام عمل. تُظهر سجلاتنا أنك طلبت الخدمة (الخدمات)، أو تم طلب الخدمة (الخدمات) نيابةً عنك في *تاريخ الطلب.*

نعتذر عن التأخير في تقديم الخدمات في الوقت المناسب. نعمل على تنفيذ طلبك وسنوفر *الخدمة المطلوبة* قريبًا.

يحق لك تقديم استئناف لهذا القرار. 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.

يمكن *للخطة* مساعدتك في أي أسئلة لديك بخصوص هذا الإشعار. للمساعدة، يمكنك الاتصال *بالخطة* خلال *ساعات العمل الرسمية* 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 و/أو مستندات أخرى من الخطة التأمينية 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 *الخطة التأمينية*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.

*فريق تظلمات المقاطعات*

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

إشعار إتاحة العلامات اللغوية