**اطلاعیه تصمیم مغایر در زمینه مزایا**

**درباره درخواست درمان شما - اطلاعیه رد درخواست**

*تاریخ*

*نام عضو نام ارائه‌دهنده خدمات درمانی*

*نشانی نشانی*

*شهر، ایالت، کد پستی شهر، ایالت، کد پستی*

**در رابطه با:** *خدمات درخواستی*

*نام درخواست‌کننده* از *نام ارائه‌دهنده* درخواست کرده است *خدمات درخواستی را تأیید کند.* این درخواست رد می‌شود. دلیل رد درخواست*: 1. توضیح واضح و مختصر درباره‌ی دلایل تصمیم‌گیری؛2. شرح معیارها یا دستورالعمل‌های استفاده‌شده، شامل ارجاع به مقررات خاص و رویه‌های مجوزدهی که از این اقدام پشتیبانی می‌کنند؛ و 3. دلایل بالینی برای تصمیم‌گیری در خصوص ضرورت پزشکی.*

اگر فکر می‌کنید این تصمیم نادرست است، می‌توانید نسبت به آن درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. پیوست «حقوق شما» حاوی اطلاعاتی در مورد نحوه ارائه این درخواست است. مکان‌هایی که می‌توانید در آن‌ها در زمینه ارائه درخواست تجدیدنظر کمک دریافت کنید نیز در این فایل پیوست ذکر شده است. کمک حقوقی رایگان نیز در این مکان‌ها ارائه می‌شود. توصیه می‌شود تمام اطلاعات یا مدارکی را که به فرایند تجدیدنظر شما کمک می‌کند، همراه با درخواست تجدیدنظر خود ارسال نمایید. یک جدول زمانی در پیوست «حقوق شما» ذکر شده است که باید آن را در زمان ارائه درخواست تجدیدنظر رعایت کنید.

شما می‌توانید رونوشت رایگان همه اطلاعات استفاده‌شده برای اتخاذ این تصمیم را درخواست کنید. این اطلاعات شامل دستورالعمل، پروتکل یا معیارهایی است که از آن‌ها در اتخاذ این تصمیم استفاده کردیم. برای درخواست آن، لطفاً با *نام ارائه‌دهنده* با *شماره تلفن* تماس بگیرید.

اگر در حال حاضر خدماتی دریافت می‌کنید و مایلید در طی زمانی که ما در مورد درخواست تجدیدنظرتان تصمیم‌گیری می‌کنیم، همچنان این خدمات را دریافت کنید، باید درخواست تجدیدنظر خود را ظرف 10 روز از تاریخ این نامه یا پیش از تاریخی که نام ارائه‌دهنده اعلام می‌کند خدمات متوقف می‌شود یا کاهش می‌یابد، ارائه دهید.

شهرستان می‌تواند به سؤالات شما در رابطه با این اطلاعیه پاسخ دهد. برای کسب راهنمایی، می‌توانید با *نام ارائه‌‌دهنده* *در ساعت‌های کاری* با *شماره تلفن* تماس بگیرید. اگر دچار مشکل شنوایی یا گفتاری هستید، لطفاً برای دریافت با شماره TTY/TTD *شماره TTY/TTD* طی *ساعت‌های کاری* تماس بگیرید.

در صورت نیاز به این اطلاعیه و/یا مدارک دیگر از طرف شهرستان در فرمت ارتباطی دیگر نظیر چاپ با حروف بزرگ، خط بریل یا فرمت الکترونیکی، یا نیاز به کمک برای خواندن مطالب آن، لطفاً با *نام ارائه‌دهنده* با *شماره تلفن* تماس بگیرید.

اگر از کمک شهرستان رضایت ندارید و/یا به کمک بیشتری نیاز دارید، دفتر بازرس مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal ایالتی می‌تواند به سؤالات شما پاسخ دهد. می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت PST، به ‌استثنای روزهای تعطیل از طریق شماره ‎1-888-452-8609 با آن‌ها تماس بگیرید.

این اطلاعیه روی هیچ‌یک از خدمات دیگر Medi-Cal شما تأثیری نخواهد گذاشت.

*آژانس ارائه‌دهنده محترم*

پیوست*: «حقوق شما تحت مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal»*

تگ‌لاین‌های مربوط به در دسترس بودن

اطلاعیه ممنوعیت تبعیض