**اطلاعیه تصمیم مغایر در زمینه مزایا**

**درباره درخواست درمان شما - اطلاعیه دسترسی به‌موقع**

*تاریخ*

*نام عضو نام ارائه‌دهنده خدمات درمانی*

*نشانی نشانی*

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

**در رابطه با:** *خدمات درخواستی*

*شما یا ارائه‌دهنده‌تان-نام ارائه‌دهنده درخواستی* از *طرح* درخواست طرحی کرده‌اید تا *خدمات درخواستی* را دریافت یا تأیید کند. *نام ارائه‌دهنده درخواستی* را ظرف *تعداد* روز کاری ارائه نداده است. سوابق ما حاکی از آن است که شما خدمت(خدماتی) درخواست کرده‌اید، یا خدمت(خدماتی) از طرف شما در *تاریخ درخواست شده است.*

بابت تأخیر در ارائه خدمات به موقع از شما عذرخواهی می‌کنیم. در حال بررسی درخواست شما هستیم و به‌زودی *خدمات درخواستی* را به شما ارائه خواهیم کرد.

می‌توانید به این تصمیم اعتراض کنید. 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.

*طرح* می‌تواند به سؤالات شما در رابطه با این اطلاعیه پاسخ دهد. برای کسب راهنمایی، می‌توانید طی *ساعت‌های کاری* با *طرح* با*شماره تلفن* تماس بگیرید. اگر دچار مشکل شنوایی یا تکلم 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 طرح به فرمت ارتباطی دیگر نظیر چاپ با حروف بزرگ، خط بریل یا فرمت الکترونیکی، یا نیاز به کمک برای خواندن مطالب آن، لطفاً با *شماره تلفن* با *طرح* تماس بگیرید.

اگر از کمک *طرح* 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.

*تیم رسیدگی به شکایات شهرستان*

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

تگ‌لاین‌های زبانی مربوط به در دسترس بودن