**اطلاعیه تصمیم مغایر در زمینه مزایا**

**درباره درخواست درمان شما-اطلاعیه عدم حل‌وفصل به‌موقع شکایت و درخواست تجدیدنظر**

*تاریخ*

*نام عضو نام ارائه‌دهنده خدمات درمانی*

*نشانی نشانی*

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

**در رابطه با:** *خدمات درخواستی*

سوابق ما حاکی از آن است که شما یک *شکایت یا درخواست تجدیدنظر* را نزد *نام ارائه‌دهنده خدمات یا   
نام ارائه‌دهنده خدمات در تا ریخ* ثبت کرده‌اید.متأسفانه، *نام ارائه‌دهنده خدمات* بررسی *شکایت یا درخواست تجدیدنظر* را در مهلت زمانی الزامی به اتمام نرساند.

بابت تأخیر در رسیدگی به *شکایت یا درخواست تجدیدنظر* از شما عذرخواهی می‌کنیم. در حال رسیدگی به آن هستیم و در اسرع وقت تصمیم را به اطلاع شما می‌رسانیم.

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.

نام ارائه‌دهنده می‌تواند به سؤالات شما در رابطه با این اطلاعیه پاسخ دهد. برای کسب راهنمایی، می‌توانید با *نام ارائه‌دهنده در ساعات کاری* با *شماره تلفن* تماس بگیرید. اگر دچار مشکل شنوایی یا تکلم هستید، لطفاً برای دریافت کمک با شماره TTY/TTD *711*، در طی *ساعت‌های کاری* تماس بگیرید.

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

اگر از کمک Provider Name رضایت ندارید و/یا به کمک بیشتری نیاز دارید، دفتر بازرس مراقبت‌های هماهنگ 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 زبانی مربوط به در دسترس بودن