



اطلاعیه کژگزینی مزایا - ممانعت

درباره درخواست خدمات درمانی شما

تاریخ

نام ارائه‌دهنده خدمات درمانی
آدرس:
کد پستی شهر، ایالت

نام ذی‌نفع
آدرس:
کد پستی شهر، ایالت

پاسخ: خدمات درخواستی

نام درخواست‌کننده برنامه از خدمات درخواستی درخواست کرده است که تأیید کند. این درخواست رد شد. دلیل رد این درخواست به این شرح است لطفاً موارد زیر را با زبانی شیوا در میان بگذارید: 1. توضیح روشن و دقیق دلایل این تصمیم؛ 2. شرح معیارها یا دستورالعمل‌های مورد استفاده، از جمله استناد به مقررات و رویه‌های کسب مجوز بخصوصی که از این اقدام حمایت کنند؛ و 3. دلایل بالینی برای تصمیم در خصوص ضرورت پزشکی.

اگر فکر می‌کنید این تصمیم نادرست است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. ضمیمه «حقوق شما» شما را راهنمایی می‌کند. اطلاعات محل‌هایی که برای دریافت کمک در خصوص درخواست تجدیدنظر می‌توانید به آنها مراجعه کنید نیز در این ضمیمه ارائه شده‌اند. در این محل‌ها مشاوره حقوقی رایگان هم ارائه می‌شود. بهتر است اطلاعات یا اسنادی که می‌توانند به رسیدگی به درخواست تجدیدنظر کمک کنند را به همراه درخواست تجدیدنظرتان ارسال کنید. ضرب‌الاجل‌های تعیین‌شده برای درخواست تجدیدنظر در ضمیمه «حقوق شما» ارائه شده‌اند.

در صورت درخواست شما، نسخه‌های رایگان تمامی اطلاعاتی که برای اتخاذ این تصمیم استفاده شده‌اند در اختیارتان قرار داده می‌شود. این نسخه‌ها شامل نسخه‌هایی از دستورالعمل‌ها، پروتکل‌ها، یا معیارهای مورد استفاده در فرایند تصمیم‌گیری‌مان هستند. برای درخواست این مورد، لطفاً با برنامه با شماره شماره تلفن تماس بگیرید.

اگر در حال حاضر خدماتی را دریافت می‌کنید و تمایل دارید حین بررسی درخواست تجدیدنظرتان همچنان این خدمات را دریافت کنید، باید در عرض ۱۰ روز از تاریخ درج شده روی این نامه، یا قبل از تاریخ توقف یا کاهش خدمات که در برنامه قید شده است، برای تجدیدنظر درخواست دهید.

برنامه می‌تواند تمامی پرسش‌های شما را درباره این اطلاعیه پاسخ دهد. برای درخواست کمک، لطفاً با برنامه در ساعت‌های کاری با شماره شماره تلفن خدمات اعضای برنامه تماس بگیرید. اگر مشکلات تکلم یا شنوایی دارید، برای درخواست کمک لطفاً مابین ساعت‌های کاری، با TTY/TTD با شماره شماره تلفن تماس بگیرید.

اگر نیاز دارید که این اطلاعیه یا سایر اسناد برنامه با قالب ارتباطی دیگری، مثلاً با فونت درشت‌تر، خط بریل، یا در قالب الکترونیکی برای شما ارسال شود، یا اگر برای خواندن مطالب این اطلاعیه یا سایر اسناد برنامه به کمک نیاز دارد، لطفاً با شمارگیری شماره تلفن با برنامه تماس بگیرید.

اگر برنامه به‌طور مقتضی به شما کمک نمی‌کند و یا به کمک بیشتری نیاز دارید، «دفتر بازرسی ایالتی مراقبت‌های مدیریت‌شده مدی‌کال» می‌تواند پرسش‌های شما را پاسخ دهد. برای تماس با این دفتر، در روزهای دوشنبه تا جمعه، به استثنای روزهای تعطیل، از ساعت ۸ صبح تا ۵ عصر به وقت استاندارد اقیانوس آرام می‌توانید با شماره ۰۰۱۸۸۸۴۵۲۸۶۰۹ تماس بگیرید.

این اطلاعیه بر سایر خدمات مدی‌کال اثر نمی‌گذارد.



کادر امضاء

ضمیمه‌ها: «حقوق شما»
تگ‌لاین‌های کمکی زبان
اطلاعیه عدم تبعیض ذی‌نفع
این اطلاعیه به تمامی نامه‌ها ضمیمه شود