



Behavioral Health Department

Alameda County Health

Karyn Tribble, PsyD, LCSW

Director

اطلاعیه گزگزینی مزایا - سیستم تحویل 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

در این اطلاعیه آمده است که، با توجه به وضعیت سلامت روانی شما، برنامه سلامت روانی به این نتیجه رسیده است که شما معیارهای ضرورت پزشکی لازم برای دریافت خدمات تخصصی سلامت روانی را ندارید. لطفاً موارد زیر را با زبانی شیوا در میان بگذارید: 1. شرح معیارها یا دستورالعمل‌های مورد استفاده، از جمله استناد به مقررات و رویه‌های کسب مجوز بخصوصی که از این اقدام حمایت کنند؛ و 2. دلایل بالینی برای تصمیم در خصوص ضرورت پزشکی..

با وجود اینکه شرایط لازم برای دریافت خدمات تخصصی سلامت روانی را ندارند، همچنان می‌توانید خدمات غیرتخصصی سلامت روانی را از برنامه سلامت یا نهادهای که مسئولیت ارائه خدمات سلامت روانی را بر عهده دارد، مثل ارائه‌دهنده خدمات مراقبت بهداشتی جسمانی، دریافت کنید. برای تماس با آنها می‌توانید با شماره شماره تلفن تماس بگیرید. در صورت امکان، اقدامات دیگری را که برنامه سلامت روانی برای هماهنگ کردن درمان انجام داده است و یا اقدامات تکمیلی‌ای که عضو باید انجام دهد را معین کنید.

اگر فکر می‌کنید این تصمیم نادرست است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. ضمیمه «حقوق شما» شما را راهنمایی می‌کند. اطلاعات محلی‌هایی 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 شما 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 اختیار شما قرار داده می‌شود. این نسخه‌ها شامل نسخه‌هایی از دستورالعمل‌ها، پروتکل‌ها، یا معیارهای مورد استفاده در فرآیند 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 اعتراض‌تان 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 سلامت روانی‌تان 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 ساعات کاری با شماره شماره تلفن خدمات اعضای برنامه تماس بگیرید. اگر مشکلات تکلم یا شنوایی دارید، برای درخواست کمک لطفاً ما بین ، با TTY/TTD با شماره تماس بگیرید.



Alameda County Behavioral Health Care Services

A Department of Alameda County
Health Care Service Agency



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 شماره‌گیری 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

ضمیمه: «حقوق شما»
تگ‌لاین‌های کمکی زبان
اطلاعیه عدم تبعیض ذی‌نفع

این اطلاعیه به تمامی نامه‌ها ضمیمه شود