# اطلاعیه تعیین مزایا برخلاف درخواست شما

# درباره درخواست درمان شما

#### Date

## *Member’s Name* *Treating Provider’s Name*

*Address* *Address*

*City, State Zip* *City, State Zip*

### پاسخ: *Service requested*

*Name of requesting provider* از خدمات سلامت رفتاری (طرح) شهرستان سن دیگو درخواست تأیید پرداخت انجام شده برای خدمات زیر، که قبلاً دریافت شده، را داشته است:*Service requested*. طرح درخواست ارائه‌دهنده شما برای انجام پرداخت را رد کرده است.

دلیل این رد درخواست عبارت است از*Using plain language, insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision;* *2. A description of the criteria or guidelines used, including a reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and* *3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity*.

لطفاً توجه داشته باشید: این صورتحساب خدمات نیست. شما مجبور نیستید برای خدمات دریافتی هزینه‌ای پرداخت کنید.

اگر فکر می‌کنید این تصمیم نادرست است، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید. اعلامیه اطلاعات "حقوق شما" در پیوست نحوه انجام این کار را به شما می‌گوید. به شما اطلاع می‌دهد از چه طریق می‌توانید برای درخواست تجدیدنظر کمک بگیرید. این به معنای کمک حقوقی رایگان نیز هست. توصیه می‌شود تمام اطلاعات یا اسنادی که می‌توانند به پرونده شما کمک کنند را همراه با درخواست تجدیدنظر ارسال کنید. اطلاعیه اطلاعات "حقوق شما" در پیوست، جدول زمانی که باید برای درخواست تجدیدنظر دنبال کنید را در اختیار شما قرار می‌دهد.

شما می‌توانید نسخه‌های رایگان تمام اطلاعات مورد استفاده برای اتخاذ این تصمیم را درخواست دهید. از جمله کپی دستورالعمل، پروتکل یا معیارهایی که برای تصمیم‌گیری استفاده کردیم. برای درخواست این، با یکی از آژانس‌های فهرست شده در زیر تماس بگیرید.

اگر در این رابطه سؤالی دارید، طرح می‌تواند به شما کمک کند.

* برای راهنمایی درباره خدمات سرپایی، با مرکز مشتریان آموزش سلامت و دفاع (CCHEA) بین 9:00 ق.ظ. تا 5:00 ب.ظ. به شماره 1-877-734-3258 تماس بگیرید.
* برای راهنمایی درباره خدمات بستری یا اقامت، با برنامه دفاع از بیمار JFS بین 8:00 ق.ظ. تا 5:00 ب.ظ. به شماره619-282-1134 یا 1-800-479-2233 تماس بگیرید.
* اگر مشکل گفتاری یا شنیداری دارید، لطفاً برای دریافت کمک TTY/TTD بین ساعت 8:00 صبح   
  تا 5:00 بعدازظهر با شماره 711 تماس بگیرید.

اگر نیاز دارید این اطلاعیه و/یا سایر اسناد مربوط به طرح در قالب‌های دیگری مثل چاپ درشت، خط بریل یا یک قالب الکترونیکی در اختیار شما قرار بگیرد یا در صورتی که برای خواندن مطالب به کمک نیاز دارید از طریق شماره   
1-888-724-7240 با خط بحرانی (ACL) تماس بگیرید.

اگر طرح پاسخگوی نیازهای شما نیست و/یا به کمک بیشتری نیاز دارید، دفتر رسیدگی به شکایات درباره مراقبت‌های تحت مدیریت Medi-Cal ایالت می‌تواند به سؤالات شما پاسخ دهد. می‌توانید از دوشنبه تا جمعه، 8:00 صبح   
تا 5:00 بعدازظهر PST، به جز روزهای تعطیل، با شماره 1-888-452-8609 تماس بگیرید.

این اعلامیه روی هیچ یک از خدمات دیگر Medi-Cal شما تأثیری ندارد.

*Signature Block*

پیوست‌ها: "حقوق شما"

اعلامیه کمک زبانی

اعلامیه مزایای عدم تبعیض

*Enclose notice with each letter*