# إشعار قرار بشأن المنفعة العكسية

# حول طلب العلاج الخاص بك

####

## *Beneficiary’s Name* *Treating Provider’s Name*

*Address* *Address*

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

### بخصوص: *Service requested*

Name of requesting provider قد طلب من خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغوالموافقة على الدفع مقابل الخدمة التالية التي تلقيتها بالفعل: Service requested. لقد رفضت الخطة طلب مزودك للدفع.

سبب الرفض هو*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 citation to the specific regulations and authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity*.

**يرجى الملاحظة: هذه ليست فاتورة للخدمة. أنت غير مطالب بالدفع مقابل الخدمات التي تلقيتها.**

يمكنك استئناف هذا القرار إذا كنت تعتقد أنه غير صحيح. يخبرك إشعار معلومات "حقوقك" المرفق بكيفية القيام بذلك. كما يخبرك أين يمكنك العثور على المساعدة بشأن استئنافك. وهذا يعني أيضًا الحصول على مساعدة قانونية مجانية. نحن نشجعك على أن ترسل مع استئنافك أي معلومات أو وثائق يمكن أن تساعد استئنافك. إشعار معلومات "حقوقك" المرفق يوفر ترتيبات زمنية ينبغي عليك اتباعها عند طلب استئناف.

يمكنك أن تطلب نسخًا مجانية لكل المعلومات المستخدمة لاتخاذ هذا القرار. يشمل هذا نسخة عن الإرشادات أو البروتوكول أو المعايير التي استخدمناها لاتخاذ قرارنا. لطلب هذا، اتصل بإحدى الوكالات المدرجة أدناه.

**يمكن للخطة مساعدتك بشأن أي أسئلة لديك حول هذا الإشعار.**

* للمساعدة في خدمات المرضى الخارجيين، اتصل بمركز المستهلك للتثقيف والمناصرة الصحية (CCHEA) بين الساعة 9:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً على الرقم 1-877-734-3258.
* للمساعدة في خدمات المرضى الداخليين أو المقيمين، اتصل ببرنامج JFS لمناصر المرضى بين الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً على الرقم 619-282-1134 أو 1-800-479-2233.
* إذا كانت لديك مشكلة في التحدث أو الاستماع، يرجى الاتصال على رقم الهاتف النصي 711، بين الساعة 8:00 صباحًا والساعة 5:00 مساءً للحصول على المساعدة.

إذا كنت تحتاج إلى هذا الإشعار و/أو وثائق من الخطة بتنسيق تواصل بديل

مثل أن يكون بخط كبير أو بلغة برايل أو تنسيق إلكتروني، أو إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في قراءة المادة، فيرجى الاتصال بخط الوصول والأزمات (ACL) على الرقم 1-888-724-7240.

إذا كانت الخطة لا تساعدك بشكل يرضيك و/أو كنت تحتاج إلى مساعدة إضافية، فيمكن لمكتب أمين مظالم الرعاية المدارة لـMedi-Cal في الولاية أن يساعدك في أي أسئلة. يمكنك الاتصال به من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا وحتى 5:00 مساءً بالتوقيت الباسيفيكي، باستثناء العطلات، على الرقم 1-888-452-8609.

هذا الإشعار لا يؤثر على أي من خدمات Medi-Cal الأخرى الخاصة بك.

*Signature Block*

مرفق: "حقوقك"

 إشعار المساعدة اللغوية

 إشعار عدم التمييز الخاص بالمستفيد

*Enclose notice with each letter*