#

# اطلاعیه تعیین مزایا برخلاف درخواست شما

# درباره درخواست درمان شما

Click or tap to enter a date.

Beneficiary’s Name Treating Provider’s Name

Address Address

City, State Zip City, State Zip

## **پاسخ:** ***Service requested***

*Name of requestor* از برنامه سلامت روان اورنج کانتی(MHP ) درخواست تأیید *Service requested* را داشته است. ما نمی‌توانیم این درمان را به صورتی که درخواست شما است تأیید کنیم.

به این دلیل که *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*

به جای آن، این درمان را تأیید خواهیم کرد: *Service or service length approved.*

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 برنامه سلامت روان اورنج کانتی (MHP)

(Orange County Mental Health Plan) به شماره 3074-308 (866) تماس بگیرید.

اگر می‌خواهید در طول مدت تصمیم‌ گیری ما درباره درخواست تجدید نظر، به خدماتی که میگیرد ادامه دهید ، باید ظرف مدت 10 روز از تاریخ این نامه یا قبل از تاریخی که این برنامه به شما اعلام کرده ‍‍برای توقف یا کاهش خدمات سلامت روان درخواست تجدیدنظر بدهید.

**اگر در این رابطه سؤالی دارید، این برنامه می‌تواند به شما کمک کند. برای کمک گرفتن شما می توانید**  با برنامه سلامت روان اورنج کانتی (Orange County Mental Health Plan) به شماره تلفن 3074-308 (866) از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر, روزهای دوشنبه تا جمعه یه جز روزهای تعطیل تماس بگیرید. اگر شما مشکل گفتاری یا شنوایی دارید, لطفاً با شماره 308-3073 TTY/TTD (866) از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر, روزهای دوشنبه تا جمعه یه جز روزهای تعطیل برای کمک تماس بگیرید.

**اگر نیاز دارید این اطلاعیه ویا سایر اسناد مربوط به این برنامه 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 لطفا با برنامه سلامت روان اورنج کانتی (Orange County Mental Health Plan) به شماره**

 **3074-308 (866) تماس بگیرید.**

اگر این برنامه پاسخگوی نیازهای شما نیست ویا 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 مدیکل Medi-Cal شما تأثیری ندارد.

*Azahar V. Lopez, PsyD, CHC*

*Assistant Deputy Director*

*Quality Management Services*

پیوست: "حقوق شما"

 اعلامیه کمک زبانی

 اعلامیه مزایای عدم تبعیض

*Enclose notice with each letter*