# 

# 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*

*این اطلاعیه به شما اطلاع می دهد که طرح بهداشت رفتاری اورنج کانتی (BHP) تشخیص داده است که وضعیت سلامت روان یا اختلال مصرف مواد شما معیارهای ضرورت پزشکی را برای واجد شرایط بودن برای خدمات تخصصی سلامت روان یا اختلال مصرف مواد برآورده نمی کند. این به این دلیل است که* *Using plain language, insert for the following two requirements: 1. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and plan authorization procesedures that support the action*

*and, 2. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.*

*اگرچه شما واجد شرایط خدمات تخصصی بهداشت روان یا خدمات اختلال مصرف مواد نیستید، ممکن است بتوانید خدمات غیر تخصصی بهداشت روان را از* *Enter Health County or Entitiy responsible for mental health services or substance use disorder services, eg.,physical healh care provider. You can call them at telephone number.**If applicable, insert additional action taken by the Behavioral Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member.*

اگر فکر می کنید این تصمیم نادرست است، می توانید شکایت کنید. اطلاعیه اطلاعاتی «حقوق شما برای مراقبت های مدیریت شده Medi-Cal» در ضمیمه به شما می گوید که چگونه این کار را انجام دهید. این به شما اطلاع می دهد که چگونه می توانید کمک جذابی دریافت کنید. این همچنین به معنای کمک حقوقی رایگان است. توصیه می شود تمام اطلاعات یا اسنادی را که می تواند به پرونده شما کمک کند، همراه با درخواست تجدید نظر ارائه دهید. اطلاعیه اطلاعاتی «حقوق شما برای مراقبت های مدیریت شده Medi-Cal» در ضمیمه، جدول زمانی را که باید برای درخواست تجدید نظر دنبال کنید، در اختیار شما قرار می دهد.

می توانید کپی رایگان تمام اطلاعات مورد استفاده برای تصمیم گیری را درخواست کنید. از جمله کپی دستورالعمل ها، پروتکل ها یا معیارهایی که برای تصمیم گیری استفاده کردیم. برای درخواست این، با برنامه بهداشت رفتاری اورنج کانتی (BHP) به شماره (866) 308-3074 تماس بگیرید.

اگر در حال حاضر خدمات دریافت می کنید و می خواهید تا زمانی که ما در مورد درخواست تجدید نظر شما تصمیم می گیریم، به دریافت خدمات ادامه دهید، باید ظرف 10 روز از تاریخ این نامه یا قبل از تاریخی که برنامه سلامت رفتاری شما می گوید خدمات متوقف یا کاهش می یابد، درخواست تجدید نظر کنید.

اگر طرح 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.

**اگر نیاز دارید که این اطلاعیه یا سایر اسناد مربوط به این برنامه در قالب های دیگری مانند چاپ بزرگ، بریل یا فرمت الکترونیکی در اختیار شما قرار گیرد یا اگر برای خواندن مطالب به کمک نیاز دارید، لطفا با BHP به آدرس**

**(866) 308-3074.**

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 تحت مراقبت های مدیریت شده Medi-Cal"

اطلاعیه در دسترس بودن

اطلاعیه عدم تبعیض اعضا

*Enclose notice with each letter*