

استمارة لتقديم جلسة استماع عن رفض الرعاية الصحية المدارة
(FORM TO FILE A STATE HEARING FROM A MANAGED CARE DENIAL)

يمكنك طلب جلسة استماع رسمية عن طريق الاتصال بالأرقام التالية: **1-800-743-8525**. يستطيع مستخدمو TDD الاتصال بالرقم التالي **1-800-952-8349**. يمكنك أيضاً طلب جلسة استماع بالطرق التالية:

- يمكنك طلب جلسة استماع عبر الإنترنت على الموقع **WWW.CDSS.CA.GOV**
- يمكنك تعبئة هذه الاستمارة وإرسالها بالفاكس إلى شعبة جلسات الاستماع على الرقم **916-309-3487** أو الرقم المجاني **1-833-281-0903**
- يمكنك تعبئة هذه الاستمارة وإرسالها بالبريد الإلكتروني على العنوان **SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV**
- **(ملحوظة: إذا أرسلت الاستمارة عبر البريد الإلكتروني، يرجى العلم أنه توجد مخاطرة تتمثل في اعتراض شخص آخر خلاف *State Hearings Division* بريدك الإلكتروني. يرجى اتباع طريق إرسال أكثر أماناً عند إرسال طلبك).**
- يمكنك إرسال طلب جلس الاستماع هذا بالبريد على العنوان:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-433
Sacramento, CA 94244-2430

للحصول على مساعدة مجانية في تعبئة هذه الاستمارة، اتصل برقم هاتف المساعدة القانونية الموضح في إشعار **"حقوقك"**
(*'Your Rights' Notice*)

لا أتفق مع القرار بشأن رعايتي الصحية. أذكر العلاج أو الدواء أو المعدات أو الخدمة التي طلبها الطبيب. أعترض للأسباب التالية:

(إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، فاستخدم ورقة أخرى وأرفقها بهذه الورقة).

يرجى تقديم هذه المعلومات عن المستفيد من الرعاية الصحية
(وهو الشخص الذي تم رفض حصوله على امتيازات الرعاية الطبية)

الاسم: _____

تاريخ الميلاد: _____

العنوان (حيث يمكنك تسلم البريد): _____

رقم الهاتف: _____

هل تعطينا الإذن للتواصل معك عبر البريد الإلكتروني؟ [] نعم [] لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو عنوان بريدك الإلكتروني: _____

يرجى كتابة رقم بطاقة Medi-Cal BIC و/أو رقم التأمين الاجتماعي إذا كان لديك: _____

هل لديك Medi-Cal (Fee for Service) مباشر أو رعاية مدارة (Managed Care)? _____

إذا كان لديك رعاية مدارة، فما اسم خطتك الصحية: _____

يرجى الإجابة على كل سؤال ينطبق على المستفيد

طلب طبيبي هذه الميزة الصحية في هذا التاريخ: _____

رفضت خطة الصحة هذه الميزة الصحية في هذا التاريخ: _____

تقدمت باستئناف الحالة إلى الخطة الصحية: _____

نعم [] في أي تاريخ؟ لا [] _____

قدمت خطة الصحة ردًا على الاستئناف: _____

نعم [] في أي تاريخ؟ لا [] _____

هل طلبت من خطة الصحة تقديم استئناف عاجل (72 ساعة)؟ [] نعم [] لا

هل أصدرت خطة الصحة قرارًا بشأن الاستئناف في 72 ساعة؟ [] نعم [] لا

أحتاج إلى ما يلي من أجل جلسة الاستماع الخاصة بي (حدد المربعات التي تنطبق عليك):

☐ أحتاج إلى جلسة استماع عاجلة لأن حالتي مستعجلة. يجب البت بقرار في حالتي سريعًا جدًا ولا يمكنني الانتظار لمدة تصل إلى 90 يومًا. هذا ما سيحدث بدون قرار سريع: _____

أشرح لماذا لا يمكنك الانتظار لمدة تصل إلى 90 يومًا. إذا لم توضح، فلن يتم تعجيل مسألتك وسيتم تحديد موعدها في الجدول العادي. يمكنك إرسال خطاب من طبيبك أو الخطة الصحية لتوضيح سبب عدم قدرتك على الانتظار. _____

☐ الخدمات المستمرة / المعونة المدفوعة المعلقة: أرجو متابعة علاجي حتى يصدر القاضي قرارًا في قضيتي. (صف العلاج الذي تريد مواصلته واذكر التاريخ الذي أوقفته الخطة الصحية فيه أو تخطط لإيقافه فيه): _____

☐ أريد مترجمًا مجانيًا. لغتي أو لهجتي هي: _____

☐ لدي إعاقة وأريد خدمة مناسبة لمساعدتي في المشاركة في جلسة الاستماع الخاصة بي. التسهيلات التي أريدها هي: _____

☐ أريد شخصًا آخر يتحدث نيابة عني (يمثلني) في جلسة الاستماع. هو يستطيع/هي _____

تستطيع مراجعة سجلاتي الطبية المتعلقة بـجلسة الاستماع هذه وحضور جلسة الاستماع. الشخص الذي اخترته للتحدث نيابة عني هو:

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

توقيعي: _____ تاريخ اليوم: _____

أرسل هذا النموذج مصحوباً بنسخة من الخطاب (إشعار قرار
الاستئناف) الذي تلقيته من خطتك الصحية، إذا كنت قد تلقيته. (إن أردت
أن تحتفظ بنسخة من هذه الاستمارة لك، فانسخها قبل إرسالها).