

State of California - Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services

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

State of California - Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services

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. اذكر 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):

---

---

State of California - Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services

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 [ ]

State of California - Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services

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:

---

---

---

---

---

اشرح لماذا لا يمكنك الانتظار لمدة تصل إلى 90 يومًا. إذا لم توضح، فلن يتم تعجيل مسألتك وسيتم تحديد مواعدها 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):

---

---

State of California - Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services

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 بجلسة الاستماع هذه وحضور جلسة الاستماع. الشخص الذي اخترته للتحدث نيابة عني هو:

الاسم:

رقم الهاتف:

العنوان:

توقيعي:

تاريخ اليوم:

State of California - Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services

أرسل هذا النموذج مصحوبًا 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).