

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

فرم درخواست استماع دادرسی ایالتی در رابطه با رد تقاضای
مراقبت مدیریت شده

**(FORM TO FILE A STATE HEARING FROM A
MANAGED CARE DENIAL)**

برای درخواست استماع دادرسی ایالتی با شماره زیر تماس بگیرید:
1-800-743-8525. کاربران **TDD** با این شماره تماس بگیرند
1-800-952-8349. از راه های زیر نیز می توانید برای درخواست
استماع دادرسی اقدام نمایید:

- برای درخواست دادرسی به صورت آنلاین می توانید به این
وبسایت مراجعه کنید **WWW.CDSS.CA.GOV**
- می توانید این فرم را تکمیل کرده و به مرکز دادرسی های
ایالتی به شماره **916-309-3487** یا شماره رایگان
1-833-281-0903 فکس کنید.
- می توانید این فرم را تکمیل کرده و به این آدرس ایمیل کنید
SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV
- (توجه: لطفاً توجه داشته باشید که در صورت ارسال از راه
ایمیل، ممکن است کسی غیر از
State Hearings Division بتواند به ایمیل شما
دسترسی پیدا کند. لطفاً درخواست خود را با روشی که
امنیت بیشتری دارد ارسال نمایید.)
- همچنین می توانید این درخواست استماع دادرسی را به
آدرس زیر پست کنید:

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

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

برای دریافت کمک رایگان در تکمیل کردن این فرم با خط تلفن کمک
حقوقی که در ضمیمه 'اطلاعیه حقوق شما'
('Your Rights' Notice) قید شده است تماس بگیرید.

من با تصمیمی که در رابطه با مراقبت درمانی ام گرفته شده است
موافق نیستم. درمان، دارو، تجهیزات، یا خدماتی که پزشک
درخواست کرده است را مشخص کنید. من موافق نیستم زیرا:

(اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، یک برگه دیگر را به این برگه
ضمیمه کنید.)

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

لطفاً اطلاعات زیر را درباره فرد ذینفع ارائه نمایید
(یعنی فردی که مزایای درمانی او رد شده است)

نام: _____

تاریخ تولد: _____

آدرس (محلی که بتوان به آنجا نامه ارسال کرد):

شماره تلفن: _____

آیا به ما اجازه می دهید تا از راه ایمیل با شما مکاتبه کنیم؟
[] بله [] خیر

اگر پاسخ مثبت است، آدرس ایمیل را قید کنید:

لطفاً شماره کارت **Medi-Cal BIC** و یا شماره تأمین اجتماعی
خود را (اگر دارید) قید کنید:

آیا **Medi-Cal (Fee for Service)** ساده یا مراقبت مدیریت
شده **(Managed Care)** دارید؟

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

اگر مراقبت مدیریت شده دارید، طرح بیمه درمانی خود را نام
ببرید:

لطفاً به تمام سوالاتی که درباره فرد ذینفع صدق می کند پاسخ
دهید

پزشک من این مزایای درمانی را در این تاریخ درخواست کرد:

طرح بیمه درمانی، این مزایای درمانی را در این تاریخ رد کرد:

من در این مورد از طرح بیمه درمانی درخواست تجدیدنظر کردم:
بله [] در چه تاریخی؟ _____ خیر []

طرح بیمه درمانی به درخواست تجدیدنظر من پاسخ داد:
بله [] در چه تاریخی؟ _____ خیر []

آیا از طرح بیمه درمانی تقاضای تجدیدنظر سریع (72 ساعته)
کردید؟ [] بله [] خیر

آیا طرح بیمه درمانی ظرف 72 ساعت درباره تقاضای تجدیدنظر
تصمیم گیری کرد؟ [] بله [] خیر

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

من برای استماع دادرسی خود، به موارد زیر نیاز دارم (مربع هایی که در رابطه با شما صدق می کنند را علامت بزنید):

☐ من به استماع دادرسی سریع نیاز دارم زیرا شرایط من بسیار
حاد است. تصمیم گیری درباره پرونده من باید به سرعت انجام
شود و من نمی توانم تا 90 روز صبر کنم. در صورت عدم
تصمیم گیری سریع، این مورد اتفاق خواهد افتاد: من

توضیح دهید چرا نمی توانید تا 90 روز صبر کنید. اگر توضیح
ندهید، رسیدگی به پرونده شما تسریع نخواهد شد و رسیدگی
در زمان معمول انجام خواهد شد. برای توضیح دادن اینکه چرا
نمی توانید صبر کنید، می توانید یک نامه از پزشک یا طرح
بیمه خود ارائه نمایید.

☐ خدمات بی وقفه / تعلیق پرداخت کمک هزینه: لطفاً درمان من
را تا زمانی که قاضی درباره پرونده ام تصمیم گیری می کند
ادامه دهید. (درمانی که می خواهید ادامه پیدا کند را شرح
دهید و بگویید طرح بیمه درمانی در چه تاریخی آن را متوقف
کرده یا قصد متوقف کردن آن را دارد):

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

☐ من به مترجم شفاهی رایگان نیاز دارم. زبان یا گویش من:

☐ من دچار معلولیت هستم و برای شرکت در استماع دادرسی به مساعدت معقول نیاز دارم. مساعدت (های) مورد نیاز من عبارت است از:

☐ می خواهم یک فرد دیگر (نماینده) به جای من در استماع دادرسی صحبت کند. او می تواند سوابق پزشکی من که مربوط به این استماع دادرسی هستند را ببیند و در جلسه دادرسی شرکت کند. فردی که به نمایندگی از خود انتخاب کرده ام عبارت است از:

نام: _____

شماره تلفن: _____

آدرس:

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

امضای من: _____

تاریخ امروز: _____

این فرم را به همراه یک نسخه ای از نامه (اطلاعیه تصمیم گیری
درباره تجدیدنظر)
که از طرح بیمه خود دریافت کرده اید (اگر آن را دارید) ارسال
نمایید. (اگر یک نسخه
از این فرم را برای خودتان می خواهید، قبل از ارسال از آن کپی تهیه
نمایید.)