

**ФОРМА ЗАПРОСА НА ПРОВЕДЕНИЕ СЛУШАНИЯ НА УРОВНЕ
ШТАТА ПО ПОВОДУ ОТКАЗА В ОРГАНИЗОВАННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ (FORM TO FILE A STATE
HEARING FROM A MANAGED CARE DENIAL)**

Вы можете подать запрос на проведение слушания на уровне штата, позвонив по номеру: **1-800-743-8525**. Пользователи линии TDD могут звонить по номеру **1-800-952-8349**. Вы также можете подать запрос на проведение слушания следующими способами:

- Вы можете подать запрос на проведение слушания **ОНЛАЙН** на веб-сайте **WWW.CDSS.CA.GOV**
- Вы можете заполнить данную форму и отправить ее в отдел слушаний на уровне штата **ФАКСОМ** по номеру **916-309-3487** или по бесплатному номеру **1-833-281-0903**
- Вы можете заполнить данную форму и отправить ее по **АДРЕСУ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ** **SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV**
- **(Примечание:** Если вы отправите форму по электронной почте, помните, что есть риск того, что ваше письмо вместо *State Hearings Division* может перехватить кто-то другой. Подумайте о более безопасном способе отправки вашего запроса.)
- Вы также можете отправить запрос на проведение слушания на уровне штата **ПОЧТОЙ по следующему адресу:**

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

Бесплатную помощь в заполнении данной формы можно получить по номеру телефона службы юридической помощи, указанному в прилагаемом уведомлении «Ваши права» ('Your Rights' Notice)

Я не согласен(-на) с решением относительно моего медицинского обслуживания. Укажите лечение, лекарственный препарат, оборудование или услугу, которые запросил врач. Я не согласен(-на), потому что:

(Если вам требуется больше места, используйте дополнительный лист бумаги и приложите его к данному листу.)

УКАЖИТЕ ЭТИ ДАННЫЕ ОБ УЧАСТНИКЕ ПЛАНА
(то есть о лице, которому отказали в медицинских льготах)

ИМЯ, ФАМИЛИЯ: _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____

АДРЕС (по которому вы получаете почту): _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА: _____

Вы даете нам свое разрешение на то, чтобы мы могли связываться с вами по электронной почте? [] ДА [] НЕТ

Если «Да», то укажите ваш **АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:** _____

Укажите ваш **номер карты Medi-Cal BIC и (или) номер социального страхования**, если таковой у вас имеется: _____

Вы зарегистрированы в плане Straight Medi-Cal (**Fee for Service**) или **плане организованного медицинского обслуживания (Managed Care)**?

Если вы участник **плана организованного медицинского обслуживания**, укажите **название вашего ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ:**

ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕЬТЕ НА КАЖДЫЙ ВОПРОС, КОТОРЫЙ ОТНОСИТСЯ К УЧАСТНИКУ ПЛАНА

Дата, когда мой врач запросил данную медицинскую льготу: _____

Дата, когда план медицинского обслуживания отказал в предоставлении данной медицинской льготы: _____

Я подал(-а) апелляцию в план медицинского обслуживания:
ДА [] **Когда? (укажите дату)** _____ НЕТ []

План медицинского обслуживания ответил на апелляцию:
ДА [] **Когда? (укажите дату)** _____ НЕТ []

Вы просили, чтобы план медицинского обслуживания рассмотрел вашу апелляцию в ускоренном порядке (в течение 72 часов)? [] ДА [] НЕТ

План медицинского обслуживания принял решение по апелляции в течение 72 часов? [] ДА [] НЕТ

ДЛЯ СЛУШАНИЯ МНЕ ТРЕБУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ (поставьте отметки возле пунктов, которые относятся к вам):

- ☐ **Мне необходимо проведение слушания в ускоренном порядке, так как моя ситуация требует оказания неотложной медицинской помощи.** Мое дело должно быть рассмотрено очень быстро, и я не могу ждать решения до 90 дней. Если решение не будет принято быстро, произойдет следующее:

ОБЪЯСНИТЕ, ПОЧЕМУ ВЫ НЕ МОЖЕТЕ ЖДАТЬ ДО 90 ДНЕЙ. Если вы не объясните, ваше дело не будет рассматриваться в ускоренном порядке, его рассмотрение будет запланировано в соответствии со стандартным графиком. Вы можете приложить письмо от вашего врача или плана, подтверждающее, почему вы не можете ждать.

- ☐ **Непрерывное обслуживание / платные услуги в процессе ожидания решения: прошу продолжать мое лечение** до тех пор, пока судья не примет решение по моему делу. (Опишите лечение, которое вы хотели бы продолжить, а также укажите **дату, когда план прекратил его** или **планирует прекратить**):

- ☐ **Мне требуются бесплатные услуги переводчика.** Мой язык или диалект:

- ☐ **У меня есть инвалидность, и мне необходимы определенные приспособления,** которые помогут мне принять участие в слушании. Мне требуются следующие приспособления:

- ☐ **Мне нужен человек, который будет выступать от моего имени (представлять меня) на слушании.** Он (она) может просматривать мои медицинские документы, имеющие отношение к данному слушанию, и может присутствовать на слушании. Человек, которого я выбрал(-а)

выступать от моего имени:

Имя, фамилия: _____ Номер телефона: _____

Адрес: _____

Моя подпись: _____ Сегодняшняя дата: _____

**ОТПРАВЬТЕ ДАННУЮ ФОРМУ ВМЕСТЕ С КОПИЕЙ ПИСЬМА (УВЕДОМЛЕНИЯ
О РЕШЕНИИ ПО АПЕЛЛЯЦИИ), КОТОРОЕ ВЫ ПОЛУЧИЛИ ОТ СВОЕГО ПЛАНА,
ЕСЛИ ОНО У ВАС ЕСТЬ. (ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ОСТАВИТЬ СЕБЕ КОПИЮ ДАННОЙ
ФОРМЫ, СКОПИРУЙТЕ ЕЕ, ПРЕЖДЕ ЧЕМ ОТПРАВИТЬ.)**