

**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**

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

- 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*)

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

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 ВІС
и (или) номер социального страхования,**
если таковой у вас имеется:

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

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:

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

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
- DHCS 8250 RUS (Revised 08/2023) Страница 6 из 9

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

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

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

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.)