

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال هذا النموذج:
يمكنك طلب مساعدة أي من العاملين في Mental Health Plan

• يمكنك الاتصال بـ Member Services
(916) 875-6069

رقم الاتصال المجاني 1-888-881-4881
TTY (916) 876-8853

• يمكنك الاتصال بـ Patient Rights Advocate
(916) 333-3800

Sacramento County
Board of Supervisors

Phil Serna, 1st District
Patrick Kennedy, 2nd District
Susan Peters, 3rd District
Sue Frost, 4th District
Don Nottoli, 5th District

County Executive
Navdeep S. Gill

Department of Health Services
Peter Beilenson, MD, MPH, Director

Division of Behavioral Health
Ryan Quist, Ph.D.
Behavioral Health Services Director

تمتثل Sacramento County MHP بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولا تميز على أساس العرق، اللون، الأصل القومي، السن، الإعاقة أو الجنس.

تم النشر بواسطة:
The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
5/06/2019



Sacramento County
Mental Health Plan

نموذج
الإستئناف

العادي / مستعجل

Appeal Form – Arabic

الطابع
مطلوب

Sacramento County Mental Health Plan
Quality Management, Member Services
7001A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823

Sacramento County Mental Health Plan
Quality Management – Member Services
7001-A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823

نموذج استئناف

ملاحظة: إن تقديم استئناف بعد تحديد الدعم المادي المعاكس لا يكون له تأثير سلبي على خدماتك مع Sacramento County Medical Health Plan. تجيب Member Services بقرار خلال ثلاثين (30) يومًا على الاستئناف العادي أو خلال 72 ساعة على الاستئناف المستعجل. إذا تم رفض الاستئناف السريع، فسوف يتم إرسال إخطار كتابي إلى العضو وسوف تبدأ عملية الاستئناف العادي. الرجاء وضع علامة اختيار على المربع المناسب:

Expedited Appeal Standard Appeal
استئناف مستعجل استئناف عادي

الرجاء الطباعة أو الكتابة بخط واضح

التاريخ: _____ مكان الخدمة: _____
اسم العميل: _____ تاريخ الميلاد: _____
إذا كان العميل قاصرًا، فأدخل اسم الوصي القانوني الذي يقدم الاستئناف بالنيابة عن القاصر: _____
العنوان (المدينة/الولاية/الرمز البريدي): _____
رقم الهاتف (الرجاء تحديد أفضل وقت للاتصال): _____

1. ما هو الاستئناف الذي تقدمه؟ الرجاء وصف هذه المشكلة بالتفاصيل الخاصة. قم بإرفاق صفحات إضافية، إذا لزم الأمر.

2. إذا قمت بوضع علامة على مربع المستعجل، فما هو السبب الذي تعتقد من أجله بأن الاستئناف يجب أن يكون سريعًا؟ الرجاء تضمين أكبر قدر ممكن من المعلومات التفصيلية. قم بإرفاق صفحات إضافية، إذا لزم الأمر.

3. هل ناقشت هذه المشكلة مع موفر الخدمة (منسق الخدمة، المعالج، المستشار، الطبيب النفسي، وما إلى ذلك)؟
 نعم لا

4. ما الذي ترغب في حدوثه من أجل حل هذا الاستئناف؟

توقيع الشخص مقدم الاستئناف: _____ تاريخ اليوم: _____