

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  
TDD 711

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

**Sacramento County  
Board of Supervisors**

Phil Serna, 1<sup>st</sup> District  
Patrick Kennedy, 2<sup>nd</sup> District  
Rich Desmond, 3<sup>rd</sup> District  
Sue Frost, 4<sup>th</sup> District  
Don Nottoli, 5<sup>th</sup> District

**Acting County Executive**  
Ann Edwards

**Department of Health Services**  
Chevon Kothari, 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  
5/10/2021

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

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



**Sacramento County  
Mental Health Plan**

**نموذج  
الاستئناف**

العادي /مستعجل

Appeal Form – Arabic

الطابع  
مطلوب

## 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: \_\_\_\_\_