|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** **STATE OF WISCONSIN**  Division of Medicaid Services Wis. Stats. § 46.287(2)(c)  F-00237AR (01/2019) | | | | | | | | |
| **طلب استئناف – Independent care health plan appeal request – Independent care health plan** | | | | | | | | |
| استكمال هذا النموذج أمر طوعي. تُستخدم معلومات التعريف الشخصية التي يتم جمعها في هذا النموذج لتحديد حالتك ومعالجة طلبك فقط. | | | | | | | | |
| الاسم - عضو | | | | | | | تاريخ اليوم | |
| عنوان المراسلات | | | | | | | | |
| المدينة | | | الولاية  WI | | | الرمز البريدي | | |
|  | | اختر هذا المربع إذا كنت ترغب في استئناف قرار Independent Care Health Plan عن طريق طلب اجتماع مع ،Independent Care Health Plan Grievance and Appeal Committee (لجنة التظلمات والاستئناف). | | | | | | |
| **متابعة الخدمات الخاصة بك أثناء استئناف تخفيض أو تعليق أو إنهاء الخدمة**  إذا كنت تحصل على مساعدات وتطلب الاستئناف قبل تغيير المساعدات، فيمكنك الاستمرار في الحصول على نفس المساعدات حتى اتخاذ قرار بشأن الاستئناف الخاص بك. إذا كنت ترغب في الحفاظ على المساعدات الخاصة بك أثناء الاستئناف، فيجب ختم طلبك بختم البريد أو إرساله عن طريق الفاكس ***في أو قبل* تاريخ سريان الطلب المقصود**. إذا قررت Grievance and Appeal Committee (لجنة التظلمات والاستئناف) أن قرار Independent Care Health Plan كان صحيحًا، فقد تحتاج إلى إعادة المساعدات الإضافية التي حصلت عليها بين وقت طلبك الاستئناف ووقت اتخاذ Grievance and Appeal Committee (لجنة التظلمات والاستئناف) للقرار. مع ذلك، إذا تسبب ذلك في تحملك عبئًا ماليًا كبيرًا، فقد لا تُطالب برد هذه التكلفة.  **اختر هذا المربع إذا كنت ترغب في متابعة نفس الخدمات أثناء الاستئناف الخاص بك.**  **نسخة من ملف حالتك**  يحق لك الحصول على نسخة مجانية من المعلومات الموجودة في ملف حالتك بك وذات الصلة بالاستئناف الخاص بك. يُقصد بالمعلومات المستندات والسجلات والمواد ذات الصلة الأخرى بما في ذلك أي معلومات جديدة أو إضافية تجمعها Independent Care Health Plan أثناء الاستئناف الخاص بك.  **اختر هذا المربع إذا كنت ترغب في الحصول على المعلومات الموجودة في ملف حالتك من Independent Care Health Plan ذات الصلة بالاستئناف الخاص بك.** | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | |  |
|  | **التوقيع** – عضو | | |  | تاريخ التوقيع | | |  |
|  |  | | |  |  | | |  |
| إرسال هذا النموذج بالبريد أو الفاكس إلى:  Independent Care Health Plan  1555 N River Center Dr, Suite 206  Milwaukee WI 53212-3958  الفاكس: 414-231-1090  لبدء الاستئناف الخاص بك في أسرع وقت ممكن، يمكنك الاتصال بـ Independent Care Health Plan على 414-231-1076 قبل إرسال هذا النموذج بالبريد.  يجب ختم الاستئناف الخاص بك بختم البريد أو إرساله بالفاكس في موعد أقصاه **60 يوم تقويمي** من تاريخ Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار تحديد المساعدات السلبية). | | | | | | | | |
| Independent Care Health Plan:  تقدم وسائل مساعدة وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقات حتى يتواصلون بشكل فعال معنا، مثل:   * مترجمو لغة إشارة مؤهلون * معلومات خطية بتنسيقات أخرى (مطبوعات كبيرة، صوت، تنسيقات إلكترونية يسهل الوصول إليها، تنسيقات أخرى)   تقدم خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تُعتبر الإنجليزية لغتهم الرئيسية، مثل:   * مترجمون مؤهلون * معلومات مكتوبة بلغات أخرى   إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بـ Independent Care Health Plan على 414-231-1076 أو رقم الاتصال المجاني 800-777-4376، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى 4:30 م. وينبغي على مستخدمي TTY الاتصال بـ 800-947-3526. | | | | | | | | |