

فرم نارضایتی/شکایت اعضا

تاریخ: \_\_\_\_\_

لطفاً همه اطلاعات را چاپ کنید.  
اطلاعات شاکی:

نام \_\_\_\_\_ شماره تلفن محل کار ( ) \_\_\_\_\_ شماره تلفن منزل ( ) \_\_\_\_\_

نشانی \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_ ایالت \_\_\_\_\_ کد پستی \_\_\_\_\_

نام شخص (اشخاص) خویشاوند شاکی:

نام \_\_\_\_\_ شماره شناسه \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_

نام \_\_\_\_\_ شماره شناسه \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_

نام \_\_\_\_\_ شماره شناسه \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_

ماهیت شکایت: [همه موارد مربوط را علامت بزنید]

بازاریابی \_\_\_\_\_ مشکل لغو عضویت \_\_\_\_\_ صورتحساب عضو \_\_\_\_\_  
کیفیت \_\_\_\_\_ حمل و نقل \_\_\_\_\_ قابلیت دسترسی به مراقبت \_\_\_\_\_  
مراقبت اضطراری \_\_\_\_\_ طرز برخورد کارکنان \_\_\_\_\_ مجوز \_\_\_\_\_

سایر موارد: \_\_\_\_\_

توصیف مشکل: \_\_\_\_\_ تاریخ وقوع: \_\_\_\_\_ مکان: \_\_\_\_\_

نام ارائه کننده

مشکل/شکایت را به طور مفصل تشریح کنید:

---

---

---

---

---

اگر به فضای اضافی نیاز دارید، از پشت این فرم استفاده کنید.

---

امضای عضو

(با امضای ولی وقتی که عضو خردسال یا از کار افتاده است)

---

تاریخ

### واگذاری پزشکی

**عضو:** نام و شماره تلفن هر ارائه کننده ای که ممکن است شما را برای این عارضه معالجه کرده باشد و موضوع این نارضایتی می باشد را ارائه کنید.

از همه پرونده های پزشکی کسب شده با محرمانگی اکید نگهداری شده و صرفاً به منظور بررسی نارضایتی شما از آن ها استفاده خواهد شد.

بدین وسیله به ارائه کننده (های) فوق الذکر اجازه می دهم و از آن ها درخواست می کنم که هر کدام و همه پرونده های پزشکی را برای موضوع شکایت به پشتیبانی ضرورت پزشکی HEALTH NET ارائه کنند.

امضاء:

تاریخ:

(اگر توسط شخصی به غیر از عضو  
امضاء شود)

(مادر، پدر، قیم)

وابستگی:

اگر هرگونه سؤالات دیگری دارید یا به کمک بیشتری در رابطه با این موضوع نیاز دارید، لطفاً با بخش خدمات اعضای ما به شماره رایگان (800) 675-6110 (TTY:711) تماس بگیرید. هنگامی که پر شد، لطفاً به نشانی زیر ارسال کنید:  
Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. شماره دورنگار: (877) 831-6019.

سازمان هماهنگ مراقبت درمانی کالیفرنیا مسئول نظارت بر برنامه های خدمات مراقبت درمانی می باشد. اگر بر علیه برنامه درمانی خود شکایت دارید، بایستی ابتدا با برنامه درمانی خود به شماره **1-800-675-6110**, TTY: 711 تماس بگیرید و قبل از تماس با این اداره از روال شکایت برنامه درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این فرایند نارضایتی، شما را از هرگونه حقوق یا راه حل های قانونی احتمالی که ممکن است در اختیارتان باشد سلب نمی کند. اگر در رابطه با نارضایتی که مربوط به مواقع اضطراری می شود، نارضایتی که به طور رضایتبخش توسط برنامه درمانی تان حل و فصل نشده یا نارضایتی که برای بیش از 30 روز حل نشده باقی مانده به کمک نیاز دارید، می توانید برای دریافت کمک با این اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است برای بررسی مستقل پزشکی (Independent Medical Review, IMR) واجد شرایط باشید. اگر برای بررسی مستقل پزشکی (IMR) واجد شرایط باشید، روال بررسی مستقل پزشکی (IMR) به طریقی بی طرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذ شده توسط برنامه درمانی را مورد رسیدگی قرار می دهد. این تصمیمات می تواند در رابطه با لزوم دریافت خدمات یا معالجه پیشنهاد شده، تصمیمات مربوط به پوشش برای معالجات با ماهیت تجربی یا تحقیقاتی و اختلافات در میزان هزینه خدمات پزشکی اضطراری یا فوری باشد. این سازمان همچنین یک شماره تلفن رایگان **(1-888-466-2219)** و یک خط **(1-877-688-9891)** TDD برای افراد دچار ناتوانی های شنوایی و گفتاری دارد. تارنمای اینترنتی این اداره به آدرس [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) حاوی فرم های شکایت، فرم های تقاضا برای بررسی مستقل پزشکی (IMR) و دستورالعمل های آنلاین است.