

نموذج تظلم/شكوى الأعضاء

التاريخ: _____

برجاء كتابة كافة المعلومات
معلومات مقدم الشكوى:

الاسم () () رقم هاتف المنزل رقم هاتف العمل

العنوان المدينة الولاية الرمز البريدي

اسم الشخص (الأشخاص) ذو الصلة بمقدم الشكوى :

:#

الاسم رقم المعرف
:#

الاسم رقم المعرف
:#

الاسم رقم المعرف

طبيعة الشكوى: [تحقق من كل ما ينطبق]

التسويق _____ صعوبة إلغاء التسجيل _____ فويرة الأعضاء _____
الجودة _____ النقل _____ إمكانية الحصول على الرعاية _____
الرعاية في حالات الطوارئ _____ سلوك الموظفين _____ التراخيص _____

أخرى:

بيان الخطأ: تاريخ الحدث: _____ الموقع: _____

اسم موفر الرعاية
صف _____

استخدم الجزء الخلفي من هذا النموذج إذا أردت مزيداً من المساحة.

التاريخ _____ توقيع العضو _____
(أو توقيع ولي الأمر إذا كان العضو قاصرًا أو فاقد الأهلية)

حقوقك

بموجب الرعاية المُدارة لدى برنامج MEDI-CAL

الكشف الطبي

العضو: يُرجى تقديم اسم ورقم هاتف أي من موفري الرعاية الذين قد عالجوا الحالة موضع التظلم.

تُحفظ جميع السجلات الطبية التي تم الحصول عليها في سرية تامة ولا تستخدم إلا لغرض مراجعة التظلم.

إنني بموجب هذا أخول موفر (موفري) الرعاية المذكور أعلاه وأطلب منه الكشف عن أي من وجميع السجلات الطبية إلى HEALTH NET التي تدعم الضرورة الطبية لموضوع هذا التظلم:

التوقيع: _____ التاريخ: _____

(في حال توقيع غير الأعضاء) العلاقة:

_____ (والدة, والد, ولي أمر)

إذا كان لديك أي أسئلة أخرى أو تحتاج إلى مزيد من المساعدة بخصوص هذه المسألة، يُرجى الاتصال على الرقم المجاني لقسم خدمات الأعضاء 576-6110 (008) 711 TTY: (.) وعند الانتهاء، يُرجى إرسال هذا النموذج إلى: Health Net, Attn: قسم طعون وتظلمات أعضاء برنامج Medi-Cal، P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. رقم الفاكس: 138-6019 (778). الحقوق الخاصة

تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. وإذا كان لديك تظلم ضد خطتك الصحية، فينبغي لك أولاً الاتصال هاتفياً بخطتك الصحية على الرقم، TTY:711, 1-800-675-6110 واتباع إجراءات تقديم التظلم في خطة الرعاية الصحية الخاصة بك قبل الاتصال بالإدارة، ولا يحول استخدام إجراءات التظلم هذه دون الحصول على أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تكون متاحة لك، وإذا كنت بحاجة إلى تقديم تظلم يتعلق بخدمة طارئة، أو تظلم لم تعالجه خطة الرعاية الصحية الخاصة بك على نحو مرضٍ، أو تظلم لم يتم البت فيه لمدة تزيد عن 30 يوماً، يمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. وقد تكون مؤهلاً أيضاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR)، فستوفر عملية المراجعة الطبية المستقلة (IMR) مراجعة حيادية للقرارات الطبية المتخذة من قبل خطة الرعاية الطبية فيما يتعلق بحالات الضرورة الطبية لتقديم الخدمة أو العلاج الموصى بهما، وقرارات التغطية للعلاجات التجريبية، أو قيد الدراسة وخلافات السداد في حالات الطوارئ، أو الخدمات الطبية العاجلة. يوجد بالإدارة أيضاً رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط اتصال (TDD) لضعاف السمع (9891-688-877-1) للذين يعانون من صعوبات في السمع والتحدث، ويحتوي موقع الإدارة على نماذج الشكاوى، ونماذج طلب إجراء IMR وتعليمات عبر الإنترنت. www.dmh.ca.gov