

«حقوق شما»

حقوق شما در KNOX-KEENE تحت مراقبت مدیریت شده دندانپزشکی

اگر با تصمیم اتخاذ شده در طرح دندانپزشکی برای مراقبت‌های دندانپزشکی خود موافق نباشید، می‌توانید از طرح دندانپزشکی خود درخواست تجدیدنظر کنید.

چگونه درخواست تجدیدنظر کنم؟

از تاریخ این نامه «اعلامیه اقدام» 60 روز فرصت دارید تا درخواست تجدیدنظر کنید. اگر طرح دندانپزشکی تصمیم به کاهش خدمات دریافتی فعلی، تعلیق یا توقف ارائه آن‌ها داشته باشد، ممکن است تا زمانی که نتیجه تجدیدنظر اعلام شود همچنان بتوانید از این خدمات استفاده کنید. به این حالت «کمک دریافت‌شده در حین انتظار» گفته می‌شود. جهت واجد شرایط بودن برای دریافت «کمک دریافت‌شده در حین انتظار»، باید ظرف 10 روز از تاریخ نامه «اعلامیه اقدام» یا قبل از تاریخی که طرح دندانپزشکی به‌عنوان تاریخ ایجاد تغییر در خدمات اعلام می‌کند درخواست تجدیدنظر را به طرح دندانپزشکی خود ارائه کنید. هر چند طرح دندانپزشکی در صورت درخواست شما برای تجدیدنظر در چارچوب‌های زمانی عنوان شده در بالا باید «کمک دریافت‌شده در حین انتظار» را به شما پرداخت کند، همچنان باید هنگام درخواست برای تجدیدنظر به طرح دندانپزشکی اطلاع دهید که می‌خواهید تا زمان نتیجه‌گیری، از «کمک دریافت‌شده در حین انتظار» استفاده کنید.

اگر فرصت زمانی 10 روزه را برای درخواست تجدیدنظر از دست بدهید، یا اگر قبل از تاریخ تغییر خدمات برای تجدیدنظر اقدام نکنید، همچنان 60 روز از تاریخ این «اعلامیه اقدام» برای درخواست تجدیدنظر فرصت دارید. اما در حین اجرای روند تصمیم‌گیری برای تجدیدنظر نمی‌توانید از «کمک دریافت‌شده در حین انتظار» استفاده کنید.

می‌توانید خودتان شخصاً درخواست تجدیدنظر بدهید. همچنین، می‌توانید از فرد دیگری مانند یکی از اقوام، دوستان، حامی، دندانپزشک یا وکیل‌تان بخواهید از طرف شما اقدام کند. به این فرد «نماینده مجاز» گفته می‌شود. طرح دندانپزشکی می‌تواند فرمی در اختیار تان قرار دهد تا «نماینده مجاز» را معرفی کنید. شما یا نماینده مجازتان می‌توانید هر چیزی را که طرح دندانپزشکی برای بررسی و نتیجه‌گیری بعد از روند تجدیدنظر نیاز دارد ارسال کنید. دندانپزشکی غیر از دندانپزشک اتخاذکننده تصمیم اولیه، درخواست تجدیدنظر شما را بررسی خواهد کرد.

می‌توانید از طریق تلفن، پُست یا آنلاین درخواست تجدیدنظر بدهید:

- تلفنی: با Health Net Dental از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر به شماره 1-844-233-4522 تماس بگیرید. اگر مشکلات شنوایی یا گفتاری دارید، لطفاً با 1-844-233-4522 تماس بگیرید.
- از طریق پُست: يك فرم درخواست تجدیدنظر پر کنید یا نامه‌ای بنویسید و به آدرس زیر پست کنید:

Appeals and Grievances Department
P.O. Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

فکس: 1-877-713-6189

مطب دندانپزشکتان فرم‌های درخواست تجدیدنظر را در اختیار دارد. طرح دندانپزشکی‌تان نیز می‌تواند برایتان فرم ارسال کند.

- الکترونیک: به وبسایت طرح دندانپزشکی خود مراجعه کنید. به نشانی www.healthnet.com بروید.

چه موقع در مورد درخواست تجدیدنظر من تصمیم‌گیری می‌شود؟

برای تجدیدنظرهای استاندارد، طرح دندانپزشکی‌تان باید به‌صورت کتبی ظرف 30 روز به درخواست‌تان پاسخ دهد. اگر فکر می‌کنید انتظار 30 روزه به سلامت شما آسیب می‌زند، ممکن است بتوانید ظرف 72 ساعت پاسخ خود را دریافت کنید. هنگام ارائه درخواست تجدیدنظر به طرح دندانپزشکی، بگویید که چرا منتظر ماندن به سلامت‌تان آسیب می‌رساند. حتماً «تجدیدنظر تسریع‌شده» درخواست کنید.

برای «تجدیدنظرهای تسریع‌شده»، طرح دندانپزشکی باید تلاش کند نتیجه تجدیدنظر را به‌صورت شفاهی به شما اطلاع دهد. برای هر دو مورد تجدیدنظر «استاندارد» و «تسریع‌شده»، طرح دندانپزشکی نامه «اطلاعیه حکم تجدیدنظر» را برایتان پست می‌کند. این نامه حاوی تصمیم طرح دندانپزشکی در مورد تجدیدنظر است.

آیا می‌توانم بررسی مستقل پزشکی و دادرسی ایالتی درخواست کنم؟

در «بررسی مستقل پزشکی»، دندانپزشکی که مرتبط با طرح دندانپزشکی نیست پرونده‌تان را بررسی می‌کند. در «دادرسی ایالتی»، قاضی به پرونده‌تان رسیدگی می‌کند.

اگر با تصمیم طرح دندانپزشکی برای خدمات پزشکی خود موافق نیستید، می‌توانید از طرح دندانپزشکی درخواست تجدیدنظر کنید. اگر همچنان با تصمیم طرح دندانپزشکی بعد از تجدیدنظر موافق نیستید، یا اگر حداقل 30 روز از تاریخ ارسال درخواست تجدیدنظر برای طرح دندانپزشکی گذشته است، می‌توانید از کارکنان سازمان خدمات درمانی هماهنگ (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید. کارکنان DMHC بررسی می‌کنند آیا مسئله شما شرایط لازم را برای بررسی مستقل پزشکی دارد یا خیر.

در اکثر موارد تا زمانی که ابتدا مراحل تجدیدنظر داخلی طرح دندانپزشکی را تکمیل نکنید، واجد شرایط درخواست دادرسی ایالتی نیستید. اما در مواقعی نیز می‌توانید مستقیماً برای دادرسی ایالتی درخواست کنید. مثلاً اگر طرح دندانپزشکی به درستی یا در زمان مناسب درباره خدمات‌تان به شما اطلاع‌رسانی نکرده باشد. به این حالت «پیگیری مستقیم از مراجع ذی‌صلاح» گفته می‌شود. در اینجا چند نمونه از مراجعه مستقیم آورده شده است:

- طرح دندانپزشکی نامه «اعلامیه اقدام» را به زبان مورد نظرتان در اختیارتان قرار نداده است.
- طرح دندانپزشکی اشتباهی انجام داده است که بر حقوق شما تأثیر می‌گذارد.
- طرح دندانپزشکی نامه کتبی «اعلامیه اقدام» را که در آن درباره تصمیم خود برای اقدام در خصوص خدمات شما اطلاع‌رسانی شده است به شما تحویل نداده است.
- طرح دندانپزشکی در نامه کتبی «اطلاعیه تجدیدنظر» دچار اشتباه شده است.
- طرح دندانپزشکی ظرف 30 روز در مورد تجدیدنظر تصمیم‌گیری نکرده است و نامه «اطلاعیه حکم تجدیدنظر» را برایتان ارسال نکرده است.
- اگر طرح دندانپزشکی تصمیم گرفته است که درخواست‌تان فوری است اما ظرف 72 ساعت به درخواست تجدیدنظر پاسخ نداده و نامه «اطلاعیه تجدیدنظر» را برایتان ارسال نکرده است.

بعضی مواقع می‌توانید همزمان هم برای «بررسی مستقل پزشکی» و هم «دادرسی ایالتی» درخواست کنید. همچنین، می‌توانید یکی را قبل از دیگری درخواست کنید تا ببینید که آیا مشکلاتان برطرف می‌شود یا خیر. مثلاً اگر ابتدا بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید اما با تصمیم اتخاذشده موافق نباشید، همچنان می‌توانید دادرسی ایالتی درخواست کنید. اما اگر ابتدا تقاضای دادرسی ایالتی کنید و این دادرسی به انجام رسیده باشد، دیگر نمی‌توانید درخواست بررسی مستقل پزشکی دهید. در این صورت، تصمیم دادرسی ایالتی نهایی خواهد بود.

شما مجبور نخواهید بود برای بررسی مستقل پزشکی یا دادرسی ایالتی هزینه‌ای بپردازید.

چطور می‌توانم برای بررسی مستقل پزشکی درخواست دهم؟

در پاراگراف زیر درباره نحوه درخواست بررسی مستقل پزشکی نزد DMHC توضیح داده شده است.¹ توجه کنید که واژه «دعوی» هم به معنای «شکایت» و هم «تجدیدنظرخواهی» است.

«سازمان خدمات درمانی هماهنگ California مسئول نظارت بر برنامه‌های خدمات مراقبت درمانی است. اگر شکایتی از طرح دندان‌پزشکی‌تان دارید، ابتدا باید قبل از تماس با سازمان، با طرح دندان‌پزشکی‌تان به شماره 1-844-233-4522 تماس بگیرید و روند شکایات طرح دندان‌پزشکی‌تان را طی کنید. استفاده از این رویه شکایت، هیچگونه حق قانونی یا غرامت بالقوه‌ای را که می‌تواند در اختیارتان باشد از شما سلب نمی‌کند. اگر در مورد یک موضوع اورژانسی شکایت دارید، اگر شکایت شما به خوبی توسط طرح دندان‌پزشکی پاسخ داده نشده است یا اگر شکایت شما همچنان برای مدت زمان بیش از 30 روز حل‌وفصل نشده است، می‌توانید برای دریافت راهنمایی با سازمان تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط «بررسی مستقل پزشکی» (IMR) باشید. اگر برای IMR واجد شرایط باشید، در طی فرایند IMR بررسی بی‌طرفانه‌ای در مورد موارد زیر انجام خواهد شد: تصمیمات پزشکی طرح دندان‌پزشکی در رابطه با ضرورت پزشکی خدمات یا درمان‌های پیشنهادشده، تصمیمات مربوط به پوشش بیمه برای درمان‌هایی که ماهیت تجربی و یا تحقیقاتی دارند و عدم توافق در مورد مبلغ پرداختی برای خدمات اضطراری یا فوری پزشکی. این سازمان همچنین خط تلفن رایگان به شماره (1-888-466-2219) و خط TDD به شماره (1-877-688-9891) برای افراد مبتلا به اختلالات شنوایی و گفتاری دارد. وبسایت سازمان به نشانی <https://www.dmhc.ca.gov/> حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.»

چگونه درخواست دادرسی ایالتی کنم؟

همانطور که در بالا اشاره شد، ممکن است برای دادرسی ایالتی واجد شرایط باشید.

به روش‌های زیر می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید:

- به‌صورت آنلاین در <https://www.cdss.ca.gov/>
- تلفنی: با شماره 1-800-743-8525 تماس بگیرید. این خط ممکن است بسیار شلوغ باشد. ممکن است پیامی برای تماس مجدد دریافت کنید. اگر مشکلات شنوایی یا گفتاری دارید، لطفاً با TTY/TDD 1-800-952-8349 تماس بگیرید.

¹ قانون سلامت و ایمنی (HSC) بخش HSC (b). 1368.02 در این نشانی قابل جستجو است:

<https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codesTOCSelected.xhtml>

- از طریق پُست: فرم دادرسی ایالتی را پر کنید یا نامه بنویسید. آن از طریق پست یا فکس به آدرس زیر ارسال کنید:

آدرس پستی: California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

فکس: 309-3487 (916) یا تماس رایگان با 1-833-281-0903

یک فرم دادرسی ایالتی همراه این نامه ارسال شده است. حتماً نام، آدرس، شماره تلفن، شماره تأمین اجتماعی و/یا CIN و دلیل درخواست دادرسی ایالتی را درج کنید. اگر فردی در ارتباط با دادرسی ایالتی به شما کمک می‌کند، نام، آدرس و شماره تلفن او را به فرم یا نامه اضافه کنید. اگر نیاز به مترجم شفاهی دارید، به بخش دادرسی‌های ایالتی (State Hearings Division) بگویید به چه زبانی صحبت می‌کنید. برای مترجم شفاهی ملزم به پرداخت هزینه‌ای نیستید. بخش دادرسی‌های ایالتی یک مترجم در اختیار شما قرار می‌دهد. اگر معلولیت خاصی دارید، بخش دادرسی‌های ایالتی می‌تواند امکانات خاصی را به‌صورت رایگان در اختیارتان قرار دهد تا در جلسه دادرسی حضور داشته باشید. لطفاً اطلاعات مربوط به معلولیت‌تان و امکانات مورد نیازتان را اضافه کنید.

پس از درخواست دادرسی ایالتی، ممکن است تصمیم‌گیری درباره پرونده و ارسال پاسخ برای شما تا 90 روز زمان ببرد. اگر فکر می‌کنید انتظار 90 روزه به سلامت شما آسیب می‌زند، می‌توانید برای «دادرسی فوری» درخواست کنید. اگر بخش دادرسی‌های ایالتی درخواست شما را برای دادرسی سریع بپذیرد، ممکن است ظرف 3 روز از تاریخی که این بخش پرونده‌تان را از طرح دندان‌پزشکی شما دریافت می‌کند، پاسخ دریافت کنید.

برای درخواست دادرسی سریع می‌توانید با بخش دادرسی‌های ایالتی به شماره عنوان‌شده در بالا تماس بگیرید. یا می‌توانید فرم دادرسی ایالتی یا نامه‌ای را برای بخش دادرسی‌های ایالتی ارسال کنید. باید به‌طور دقیق توضیح دهید چگونه تا 90 روز انتظار برای تصمیم‌گیری می‌تواند به زندگی، سلامت یا توانایی شما در انجام دادن کامل کارهایتان آسیب برساند. همچنین، می‌توانید نامه‌ای مبنی بر اینکه چرا به «دادرسی سریع» نیاز دارید از دندان‌پزشک خود بگیرید و ارائه دهید.

می‌توانید خودتان در جلسه دادرسی ایالتی صحبت کنید. همچنین، می‌توانید از فردی مانند اقوام، دوستان، حامی، دندان‌پزشک یا وکیل بخواهید از طرف شما صحبت کند. اگر می‌خواهید کسی از طرف شما صحبت کند، باید فرمی امضا کنید و به «بخش دادرسی‌های ایالتی» اطلاع دهید که فرد مربوطه اجازه دارد از طرف شما صحبت کند. به این فرد «نماینده مجاز» گفته می‌شود.

کمک حقوقی

ممکن است بتوانید کمک حقوقی رایگان دریافت کنید. با نهاد زیر تماس بگیرید:

County Served	Telephone	Entity Name
Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, El Dorado, Glenn, Inyo, Mono, Nevada, Placer, Plumas, Sacramento, San Joaquin, Sierra, Sutter, Tehama, Yuba	(888) 354-4474	Legal Services of Northern California
Kern	(888) 292-4252	Greater Bakersfield Legal Assistance, Inc.
Fresno, Kings, Madera, Mariposa, Stanislaus, Tulare, Tuolumne	(559) 570-1200	Central California Legal Services, Inc.
Imperial	(760) 353-0220	California Rural Legal Assistance, Inc.
Los Angeles	(800) 399-4529	Legal Aid Foundation of Los Angeles
San Diego	(877) 534-2524	Legal Aid Society of San Diego

همچنین می‌توانید با دفتر کمک حقوقی محلی در شهرستان خود به شماره 1-888-804-3536 تماس بگیرید.