

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 \_\_\_\_\_ فوترة الأعضاء \_\_\_\_\_  
الجودة \_\_\_\_\_ النقل \_\_\_\_\_ إمكانية الحصول على الرعاية \_\_\_\_\_  
الرعاية في حالات الطوارئ \_\_\_\_\_ سلوك الموظفين \_\_\_\_\_ التراخيص \_\_\_\_\_

أخرى:

بيان الخطأ: تاريخ الحدث: \_\_\_\_\_ الموقع: \_\_\_\_\_

اسم موفر الرعاية

صف

المشكلة/الشكوى بالتفصيل:



Health Net®

---

---

---

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 مزيدٍ 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 ونظلمات 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 **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 (Independent Medical Review, IMR)، وإذا كنت مؤهلاً 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 [www.dmh.ca.gov](http://www.dmh.ca.gov) على نماذج الشكاوى، ونماذج طلب إجراء IMR وتعليمات عبر الإنترنت.