

في Health Net Community Solutions يُشار إليها اختصارًا (Health Net)، نولي اهتمامًا كبيرًا بمشكلاتك. إذا لم توافق على القرار، فيمكنك أنت أو أي شخص آخر تقديم طعن بشأن الخدمة المرفوضة. يمكنك تقديم تظلم إذا لم تكن راضيًا عن الرعاية أو العلاج الذي تلقينته.

يجب أن نحصل على موافقتك الخطية إذا كان مقدم الخدمة الخاص بك أو أي شخص تختاره يقدم طعنًا أو تظلمًا نيابةً عنك. قد نحتاج إلى موافقتك الخطية للحصول على السجلات الطبية من أجل الطعن أو التظلم المقدم منك. يمكنك الاتصال بقسم خدمة أعضاء Health Net عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-675-6110 أو زيارة www.healthnet.com للحصول على هذه النماذج.

- نموذج الممثل المعتمد
- نموذج الإفراج عن السجلات الطبية

قم بتضمين أي أوراق أو معلومات ذات صلة بالطعن أو التظلم المقدم منك. يمكنك اختيار أي من الطرق التالية لإرسال الطعن أو التظلم.

- اتصل بقسم خدمة أعضاء Health Net على الرقم 1-800-675-6110. تتوفر خدمات اللغة إذا كنت في حاجة إليها.
- 711 (TTY) لضعاف السمع والنطق
- أكمل نموذج الطعن أو التظلم عبر الإنترنت على: www.healthnet.com
- أكمل هذا النموذج وأرسله عبر البريد أو الفاكس

عبر البريد: Health Net Community Solutions
Member Appeals and Grievance Department: Attn
PO Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348
أو
فاكس رقم 1-877-831-6019

تتوفر مواد الأعضاء بتنسيقات أخرى مثل طريقة برايل للمكفوفين، والطباعة بأحرف كبيرة، والتسجيل الصوتي، والمزيد.

Member Appeal or Grievance Form



الجزء 1: معلومات العضو:		
تاريخ الميلاد:	رقم بطاقة الهوية:	الاسم الأول والاسم الأخير:
الرمز البريدي:	المدينة:	العنوان:
أفضل وقت للاتصال:		رقم الهاتف:

الجزء 2: معلومات حول الطعن أو التظلم	
تاريخ الخدمة (الخدمات)/الحدث:	اسم مقدم الخدمة:
الرقم (الأرقام) المرجعية:	رقم (أرقام) المطالبة:

أخبرنا بمشكلتك (مشكلاتك) والإجراء الذي تريده. يشمل ذلك: اسم مقدم الخدمة، تاريخ الخدمة (الخدمات)، المطالبة أو الرقم (الأرقام) المرجعية.

بخصوص الطعون: إرفاق نسخة من خطاب الإشعار باتخاذ إجراء.

يمكنك طلب عقد اجتماع إذا تم رفض علاج أو مستلزمات تعتبر تجريبية لديك وأنت مصاب بمرض عضال.

أعاني من مرض عضال وأطلب عقد اجتماع.

الجزء 3: لمعلوماتك

إشعار اتخاذ إجراء هو خطاب رسمي نخبرك فيه بأننا سنرفض خدمة (خدمات) أو نؤخرها أو نغيرها أو ننهينا. يمكن إرسال التظلم في أي وقت.

اطلب مراجعة سريعة إذا كان الطعن أو التظلم المقدم منك ينطوي على تهديد فوري أو خطير لصحتك. سوف نقوم بمراجعة الطعن أو التظلم الخاص بك في غضون 72 ساعة من وقت الاستلام.

ستصلك رسالة خلال خمسة (5) أيام تقويمية بمجرد أن نتلقى الطعن أو التظلم المقدم منك.

قد يتحدث معك الموظف في Health Net الذي سيعمل على حالتك للحصول على مزيد من المعلومات.

تواصل مع DMHC أو DHCS إذا لم تكن راضيًا عن الطريقة التي تحل بها Health Net مشكلاتك.

California Department of Managed Health Care (DMHC)

تتحمل California Department of Managed Health (DMHC) 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, TTY:711) واتباع إجراءات تقديم التظلم في خطتك الصحية قبل التواصل مع الإدارة. لا يحول استخدام إجراءات التظلم هذه دون الحصول على أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تكون متوفرة لك. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن تظلم يتعلق بحالة طارئة، أو تظلم لم تتخذ فيه الخطة الصحية قراراً مرضياً، أو تظلم لم يتم البت فيه لمدة تزيد عن 30 يوماً، يمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. كما يمكن أن تكون مؤهلاً للحصول على (IMR) Independent Medical Review. وإذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فستوفر عملية 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. يتوفر لدى الإدارة أيضاً رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط TDD برقم (1-877-688-9891) لمن يعانون من صعوبات في السمع والتحدث. يحتوي موقع الإدارة الإلكتروني www.dmhc.ca.gov على نماذج الشكاوى، ونماذج طلب IMR، وتعليمات عبر الإنترنت.

مشروع قانون مجلس الشيوخ 923 (SB) – قانون الرعاية الشاملة للأشخاص المتحولين جنسياً، أو متنوعى الهوية الجندرية، أو

ثنائبي الجنس (TGI)

لديك الحق في تقديم شكوى لدى Health Net و DMHC إذا أخفق موفر الرعاية الخاص بك أو موظفو Health Net في تقديم الرعاية الشاملة للمتحولين جنسياً لك.

تُعرّف الرعاية الصحية الشاملة للمتحولين جنسياً بأنها رعاية صحية شاملة تتفق مع معايير الرعاية للأفراد الذين يُعرّفون أنفسهم بأنهم TGI، وتحترم الاستقلالية الجسدية الشخصية للفرد، ولا تضع افتراضات حول جنس الفرد، وتقبل مرونة الهوية الجنسية والتعبير الجندري غير التقليدي، وتعامل الجميع بالتعاطف والتفهم والاحترام [HSC § 1367.043(d)(3)].

California Department of Health Care Services (DHCS) Office of the Ombudsman

Ombudsman Office of the California Department of Health Care Services (DHCS) للحصول على المساعدة. يساعد Ombudsman Office المستفيدين من برنامج Medi-Cal على الاستفادة الكاملة من حقوقهم والتزاماتهم بشكل كامل بصفتهم أعضاء في خطة الرعاية المُدارة. لمعرفة المزيد، اتصل على الرقم المجاني **1-888-452-8609**، من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 5 مساءً.

الجزء 4: التوقيع

التاريخ

توقيع العضو أو الممثل المعتمد

كتابة اسم العضو أو الممثل المعتمد بحروف واضحة