

ما در Health Net Community Solutions (Health Net) به نگرانی‌های شما اهمیت می‌دهیم. اگر با تصمیم اتخاذ شده موافق نیستید، شما یا شخصی از طرف شما می‌توانید بابت آن خدماتی که تایید نشده‌اند درخواست استیناف دهید. اگر از مراقبت یا روند درمانی که دریافت کرده‌اید راضی نیستید، می‌توانید شکایت خود را ثبت کنید.

اگر ارائه‌دهنده شما یا شخصی که انتخاب می‌کنید از طرف شما درخواست تجدیدنظر یا شکایت کند، باید رضایت کتبی شما را دریافت کنیم. برای دریافت سوابق پزشکی مربوط به درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما، ممکن است به رضایت کتبی شما نیاز داشته باشیم. برای دریافت این فرم‌ها می‌توانید از طریق شماره 1-800-675-6110 با اداره خدمات اعضای Health Net تماس بگیرید یا به www.healthnet.com مراجعه کنید.

- فرم نماینده مجاز
- فرم دسترسی به مدارک پزشکی

تمام مدارک یا اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر یا شکایت خود را وارد کنید. می‌توانید یکی از راه‌های زیر را برای ارسال درخواست تجدیدنظر یا شکایت خود انتخاب کنید.

- با بخش خدمات اعضای Health Net از طریق شماره 1-800-675-6110 تماس بگیرید. خدمات ترجمه در صورت نیاز ارائه می‌شود.
- (TTY: 711) برای اشخاصی دارد که مشکلات شنوایی و گفتاری دارند.
- فرم تجدیدنظر یا شکایت را به صورت آنلاین تکمیل کنید در: www.healthnet.com
- این فرم را پر کرده و از طریق پست یا فکس برگردانید.

از طریق پست: Health Net Community Solutions
Member Appeals and Grievance Department :Attn
PO Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348
یا
فکس 1-877-831-6019

اطلاعات مورد نیاز اعضا در قالب‌های دیگری مانند خط بریل، چاپ بزرگ، صوتی و غیره در دسترس هستند.

Member Appeal or Grievance Form



بخش 1: اطلاعات عضو		
نام و نام خانوادگی:	شماره شناسه:	تاریخ تولد:
نشانی:	شهر:	زیپ کد:
شماره تلفن:	بهترین زمان برای تماس:	

بخش 2: اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر یا شکایت	
نام ارائه دهنده:	تاریخ خدمات/رویداد:
شماره(های) مطالبات:	شماره(های) پیگیری:

نگرانی(ها) و اقدام مورد نظر خود را به ما بگویید. شامل این موارد: نام ارائه دهنده، تاریخ(های) خدمات، شماره(های) مطالبه یا پیگیری.

برای درخواست تجدیدنظر: یک نسخه از نامه «اعلامیه اقدامات» را ضمیمه کنید.

Member Appeal or Grievance Form

اگر درخواست شما برای درمان یا تجهیزات آزمایشی رد شده است و بیماری را علاج دارید، می‌توانید درخواست کنفرانس کنید.

من به بیماری را علاج مبتلا هستم و تقاضای کنفرانس دارم.

بخش 3: جهت اطلاع

«اعلامیه اقدامات» یک نامه رسمی است که در آن به شما می‌گوییم چه سرویس(های) را رد می‌کنیم، به تاخیر می‌اندازیم، تغییر می‌دهیم یا پایان می‌دهیم. شما می‌توانید در هر زمانی شکایت خود را ارائه دهید.

اگر درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما به خطری فوری یا جدی برای سلامتی شما مربوط می‌شود، درخواست بررسی سریع کنید. ما درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما را ظرف 72 ساعت از زمان دریافت آن بررسی خواهیم کرد.

پس از دریافت درخواست تجدیدنظر یا شکایت، شما ظرف پنج (5) روز تقویمی نامه‌ای دریافت خواهید کرد.

کارمند Health Net که روی پرونده شما کار می‌کند، ممکن است برای کسب اطلاعات بیشتر با شما تماس بگیرد.

اگر از نحوه رفع نگرانی‌های خود توسط Health Net راضی نیستید، با DMHC یا DHCS تماس بگیرید.

California Department of Managed Health Care (DMHC)

California Department of Managed Health Care (سازمان مراقبت درمانی هماهنگ کالیفرنیا) مسئول نظارت بر برنامه های خدمات مراقبت درمانی می باشد. اگر بر علیه برنامه درمانی خود شکایت دارید، باید در ابتدا به برنامه درمانی خود تلفن کنید (1-800-675-6110 یا TTY:711) و قبل از تماس با این اداره از روال شکایت برنامه درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این فرآیند نارضایتی، شما را از هرگونه حقوق یا راه حل‌های قانونی احتمالی که ممکن است در اختیارتان باشد محروم نمی‌کند. 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. همچنین سازمان یک شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219) و یک خط TDD به شماره (1-877-688-9891) برای افراد دارای ناتوانی گفتاری و شنیداری دارد. وبسایت این اداره به آدرس www.dmhc.ca.gov حاوی فرم های شکایت، فرم های تقاضا برای بررسی مستقل پزشکی (IMR) و دستورالعمل های آنلاین است.

طرح سنا 923 (SB) – قانون مراقبت فراگیر برای افراد ترنس جندر، با تنوع جنسیتی، یا اینتر سکس (TGI)

اگر ارائه‌دهنده خدمات یا کارکنان Health Net در ارائه مراقبت فراگیر برای افراد ترنس کوتاهی کرده باشند، شما حق دارید شکایت خود را نزد Health Net و اداره مدیریت مراقبت‌های بهداشتی (DMHC) ثبت کنید.

مراقبت بهداشتی فراگیر برای افراد ترنس به مراقبتی جامع گفته می‌شود که با استانداردهای مراقبتی برای افرادی که خود را TGI (ترنسجندر، با تنوع جنسیتی یا اینترسکس) می‌دانند مطابقت دارد، به خودمختاری بدنی فرد احترام می‌گذارد، درباره جنسیت فرد فرضیه‌سازی نمی‌کند، سیالیت جنسیتی و نمودهای غیرسنتی جنسیت را می‌پذیرد، و با همگان با شفقت، درک و احترام رفتار می‌کند. [HSC § 1367.043(d)(3)].

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

برای دریافت کمک همچنین می‌توانید با California Department of Health Care Services (DHCS) Office of the Ombudsman (دفتر بازرس کل اداره خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا) تماس بگیرید. دفتر Ombudsman Office به ذینفعان Medi-Cal کمک می‌کند تا از حقوق و مسئولیت‌های خود به عنوان عضوی از یک طرح مراقبت مدیریت شده استفاده کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر، از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با شماره رایگان **1-888-452-8609** تماس بگیرید.

بخش 4: امضاء

تاریخ

امضای عضو یا نماینده مجاز

نام کامل عضو یا نماینده مجاز