



3. كيفية الحصول على الرعاية

الموافقة المسبقة (الإذن المسبق)

لبعض أنواع الرعاية، سيحتاج PCP المعني بحالتك أو الأخصائي إلى مطالبة Health Net بالحصول على إذن قبل حصولك على الرعاية. ويُعرف هذا باسم طلب الحصول على موافقة مسبقة أو إذن مسبق. ويعني هذا أنه يتعين على Health Net التأكد من أن الرعاية ضرورية طبيًا (مطلوبة).

الخدمات الضرورية طبيًا هي الخدمات المعقولة واللازمة لحماية حياتك، أو لمنع إصابتك بمرض خطير أو إعاقة، أو لتخفيف الألم الشديد الناتج عن مرض أو حالة صحية أو إصابة مُشخّصة. بالنسبة إلى الأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، فإن خدمات Medi-Cal تشمل الرعاية الضرورية طبيًا للعلاج أو المساعدة في تخفيف الحالة أو المرض العقلي أو البدني.

تحتاج الخدمات التالية دومًا إلى موافقة مسبقة (تصريح مسبق)، حتى إذا حصلت عليها من مقدم خدمات في شبكة Health Net:

- دخول المستشفى للمعالجة، إن لم تكن حالة طارئة
- الخدمات الواقعة خارج منطقة خدمات Health Net، إذا لم تكن رعاية عاجلة أو طارئة
- خدمات الرعاية طويلة الأمد أو التمريض الماهر في مرفق تمريض (بما في ذلك مرافق رعاية مرضى الأمراض شبه الحادة للبالغين والأطفال المتعاقدة مع وحدة رعاية مرضى الأمراض شبه الحادة التابعة لإدارة خدمات الرعاية الصحية) أو مرافق الرعاية المتوسطة (بما في ذلك مرفق الرعاية المتوسطة للأشخاص الذين يعانون من إعاقات متعلقة بالنمو (ICF/DD) و ICF/DD للتأهيلية (ICF/DD-H) و ICF/DD للرعاية التمريضية (ICF/DD-N))
- تصوير الأشعة المتقدم
- خدمات النقل الطبي حين لا تكون الحالة طارئة
- خدمات الإسعاف في حالات الطوارئ التي لا تتطلب موافقة مسبقة (إذًا مسبقًا).

بالنسبة لطلبات الموافقة المسبقة (الإذن المسبق) العادية، يجب على Health Net الرد على طلبك بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية، ولكن خلال مدة لا تتجاوز خمسة أيام عمل من تاريخ استلام Health Net للمعلومات التي طلبتها والتي تحتاج إليها بشكل معقول لاتخاذ قرار بشأن طلبك (الموافقة عليه، أو تعديله، أو رفضه). يجب على Health Net الرد خلال مدة لا تتجاوز سبعة أيام تقويمية من تاريخ استلام Health Net لطلبك.



إذا رأى مقدم الرعاية الصحية أو Health Net أن اتباع الإطار الزمني العادي قد يعرّض حياتك أو صحتك أو قدرتك على الوصول إلى أقصى مستوى من الوظائف أو الحفاظ عليه أو استعادته لخطر جسيم، فستقوم Health Net باتخاذ قرار أسرع بشأن الموافقة المسبقة (الإذن المسبق) العاجلة. ستقوم Health Net بالرد بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية، ولكن خلال مدة لا تتجاوز 72 ساعة من تاريخ استلام Health Net لطلبك.

في بعض الحالات، Health Net قد تحتاج إلى معلومات إضافية لاتخاذ قرار بشأن طلب الموافقة المسبقة (الإذن المسبق)، الخاص بك سواء بالموافقة عليه أو تعديله أو رفضه. إذا حدث ذلك، فسيكون لدى Health Net مدة إضافية تصل إلى 14 يومًا تقويميًا لاتخاذ القرار. بمجرد أن تتلقى Health Net المعلومات المطلوبة، يجب عليها اتخاذ القرار بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية، ولكن في موعد لا يتجاوز خمسة أيام عمل للطلبات العادية أو 72 ساعة للطلبات العاجلة. يمكن لمقدم الرعاية الصحية الخاص بك طلب تمديد المهلة الممنوحة لـ Health Net للرد على الطلبات العادية. يمكنك طلب تمديد للطلبات العادية أو الطلبات العاجلة. يراجع فريق سريري أو طبي، مثل الأطباء والممرضين والصيادلة طلبات الموافقة المسبقة (الإذن المسبق).

لا تؤثر Health Net على قرار المراجعين لرفض التغطية أو الخدمات أو الموافقة عليها أو تغييرها بأي طريقة. إذا لم توافق Health Net على الطلب، فإن Health Net سترسل لك إخطار نية الإجراء (NOA). سيعلمك إخطار نية الإجراء (NOA) المطلوب اتخاذه بكيفية تقديم الاستئناف في حال عدم موافقتك على القرار.

وستواصل Health Net معك في حال كانت Health Net بحاجة إلى المزيد من المعلومات أو المزيد من الوقت لمراجعة طلبك.

لست بحاجة أبدًا إلى الحصول على موافقة مسبقة (إذن مسبق) لتلقي الرعاية الطارئة، حتى إذا كنت مقدمة من طرف من خارج شبكة Health Net أو خارج منطقة الخدمة. وهذا يشمل المخاض والولادة إن كنت حاملًا. لا تحتاج إلى موافقة مسبقة (إذن مسبق) لبعض خدمات الرعاية الحساسة. لمعرفة المزيد حول خدمات الرعاية الحساسة، اقرأ القسم "الرعاية الحساسة" في هذا الفصل.

لطرح الأسئلة حول الموافقة المسبقة (الإذن المسبق)، اتصل على الرقم 1-800-675-6110 (TTY 711).

الحصول على رأي ثانٍ

قد تودّ الحصول على رأي ثانٍ حول الرعاية التي أعلمك مقدم خدماتك بحاجتك إليها أو حيال التشخيص أو خطة العلاج. على سبيل المثال، قد تريد الحصول على رأي ثانٍ إذا أردت التأكد من صحة تشخيصك أو إذا لم تكن متأكدًا من حاجتك إلى جراحة أو علاج موصوف أو حاولت اتباع خطة علاج ولم تنجح.

ستدفع Health Net مقابل الحصول على رأي ثانٍ إذا طلبته أنت أو مقدم خدماتك التابع للشبكة وحصلت على الرأي الثاني من مقدم خدمة تابع للشبكة. لا تحتاج إلى موافقة مسبقة (إذن مسبق) من Health Net للحصول على رأي ثانٍ من مقدم خدمة تابع للشبكة. في حل رغبتك في الحصول على رأي ثانٍ، سنحيلك إلى مقدم خدمة مؤهل تابع للشبكة وسيكون قادرًا على منحك رأيًا ثانيًا.

لطلب رأي ثانٍ والحصول على المساعدة في اختيار مقدم خدمات، اتصل على الرقم 1-800-675-6110 (TTY 711). يمكن لمقدم خدماتك التابع للشبكة أيضًا مساعدتك في الحصول على إحالة للحصول على رأي ثانٍ إذا كنت تريد ذلك.

في حال عدم توفر مقدم خدمات في شبكة Health Net يستطيع منحك رأيًا ثانيًا، ستدفع Health Net مقابل الحصول على رأي ثانٍ من مقدم خدمات من خارج الشبكة. سثبلك Health Net بما إذا كان مقدم الرعاية الصحية الذي اخترته للحصول على رأي طبي ثانٍ معتمدًا، وذلك بالسرعة التي تتطلبها حالتك الطبية، ولكن خلال مدة لا تتجاوز خمسة أيام عمل من تاريخ استلام Health Net للمعلومات التي طلبتها والتي تحتاج إليها بشكل معقول لاتخاذ القرار بشأن طلبك. كما يجب على Health Net الرد خلال مدة لا تتجاوز سبعة أيام تقويمية من تاريخ استلام طلبك.



3 | كيفية الحصول على الرعاية

إذا كنت تعاني من مرض مزمن أو شديد أو خطير، أو كنت تواجه تهديدًا فوريًا وخطيرًا لصحتك، بما في ذلك — على سبيل المثال لا الحصر — خطر فقدان الحياة أو أحد الأطراف أو جزء رئيسي من الجسم أو إحدى وظائفه، فستقوم Health Net بإبلاغك كتابيًا خلال 72 ساعة من استلام طلبك.

إذا رفضت Health Net طلبك للحصول على رأي ثانٍ، يمكنك تقديم تظلم. لمعرفة المزيد حول التظلمات، يرجى قراءة قسم "الشكاوى" في الفصل 6 من هذا الكتيب.



4. المزاييا والخدمات

مزاييا Medi-Cal المشمولة بالتغطية من Health Net

خدمات طب الأسنان

إذا كنت تقيم في مقاطعة **Los Angeles** أو **Sacramento**: إن برنامج Medi-Cal يستخدم خطط Medi-Cal لطب الأسنان (خطط إدارة رعاية الأسنان) لتقديم خدمات طب الأسنان الخاصة بك.

إذا كنت تقيم في مقاطعة **Sacramento**، فيجب عليك التسجيل في خطة Medi-Cal لطب الأسنان (خطة إدارة رعاية الأسنان).

لمعرفة المزيد، انتقل إلى خيارات الرعاية الصحية الخاصة بـ Medi-Cal عبر:

<https://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx>

إذا كنت تقيم في مقاطعة **Los Angeles**، فيمكنك البقاء ضمن برنامج Medi-Cal لطب الأسنان بنظام الدفع مقابل الخدمة (FFS) أو يمكنك اختيار خطة Medi-Cal لطب الأسنان (خطة إدارة رعاية الأسنان). لا اختيار أو تغيير خطة الأسنان، اتصل بخيارات الرعاية الصحية على 1-800-430-4263. لا يجوز أن تكون مسجلًا في خطة PACE أو SCAN وفي خطة Medi-Cal لطب الأسنان (خطة إدارة رعاية الأسنان) في الوقت نفسه.

يغطي برنامج Medi-Cal خدمات طب الأسنان، بما في ذلك:

- التقويم للأطفال المؤهلين لهذه الخدمة
- معالجة قناة الجذر (الأمامية/الخلفية)
- تقويم الأسنان وكشط الجذر
- خلع الأسنان
- الفلورايد الموضعي
- أطعم الأسنان الكاملة والجزئية
- التيجان (المصنوعة مسبقًا/المصنعة في المعمل)
- خدمات طب الأسنان التشخيصية والوقائية مثل الفحوصات والأشعة السينية وتنظيف الأسنان
- رعاية الطوارئ للسيطرة على الألم
- حشوات الأسنان

إذا كنت تقيم في مقاطعة **Los Angeles** أو **Sacramento** ولديك أسئلة أو ترغب في معرفة المزيد حول خدمات طب الأسنان، وكنت مسجلًا في خطة Medi-Cal لطب الأسنان (خطة إدارة رعاية الأسنان)، فاتصل بخطة Medi-Cal لطب الأسنان المخصصة لك.



خدمات وبرامج Medi-Cal الأخرى

خدمات أخرى يمكنك الحصول عليها عبر برنامج دفع الرسوم مقابل الخدمات (FFS) من Medi-Cal أو برامج Medi-Cal الأخرى

لا تغطي Health Net بعض الخدمات، إلا أنه يمكنك الحصول عليها من خلال خطة الرسوم مقابل الخدمات المقدمة من Medi-Cal أو برامج Medi-Cal الأخرى. وستتعاون Health Net مع برامج أخرى لضمان تلقيك لجميع الخدمات الضرورية من الناحية الطبية، بما في ذلك تلك الخدمات المشمولة بتغطية برنامج آخر وليس Health Net. يرد في هذا القسم بعض من هذه الخدمات. لمعرفة المزيد، اتصل على الرقم 1-800-675-6110 (الهاتف النصي 711 TTY).

خدمات طب الأسنان

إذا كنت تقيم في مقاطعات Amador أو Calaveras أو Inyo أو Mono أو San Joaquin أو Stanislaus أو Tulare أو Tuolumne، فإن برنامج Medi-Cal لطب الأسنان بنظام FFS هو نفسه برنامج Medi-Cal بنظام FFS لخدمات طب الأسنان الخاصة بك. ويجب عليك، قبل تلقي أي من خدمات طب الأسنان، إبراز بطاقة Medi-Cal BIC لمقدم خدمات طب الأسنان. تأكد من إتاحة خدمات رعاية الأسنان بنظام FFS لدى مقدم الخدمة، وعدم شمولك بأي من خطط الرعاية المُدارة التي تغطي خدمات طب الأسنان.

يغطي برنامج Medi-Cal مجموعة كبيرة من خدمات طب الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal Dental، بما في ذلك ما يلي:

- التقويم للأطفال المؤهلين لهذه الخدمة
- معالجة قناة الجذر (الأمامية/الخلفية)
- تقويم الأسنان وكشط الجذر
- خلع الأسنان
- الفلورايد الموضعي
- أطقم الأسنان الكاملة والجزئية
- التيجان (المصنوعة مسبقًا/المصنعة في المعمل)
- خدمات طب الأسنان التشخيصية والوقائية مثل الفحوصات والأشعة السينية وتنظيف الأسنان
- رعاية الطوارئ للسيطرة على الألم
- حشوات الأسنان

إذا كانت لديك أسئلة أو أردت معرفة المزيد بخصوص خدمات طب الأسنان، فاتصل ببرنامج Medi-Cal Dental على الرقم 1-800-322-6384 (1-800-735-2922 TTY أو 711). أو يمكنك أيضًا الانتقال إلى موقع Medi-Cal Dental الإلكتروني عبر الرابط: <https://www.dental.dhcs.ca.gov>.



5. الرعاية الدورية للأطفال والشباب

يمكن للأعضاء من الأطفال والشباب الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا الحصول على خدمات الرعاية الصحية اللازمة بمجرد تسجيلهم. ويضمن ذلك حصولهم على الرعاية الوقائية المناسبة وخدمات طب الأسنان والرعاية الصحية العقلية، بما في ذلك الخدمات التخصصية والتنموية. يوضح هذا الفصل تلك الخدمات.

الخدمات الأخرى التي يمكنك الحصول عليها عبر برنامج دفع الرسوم مقابل الخدمات (FFS) من Medi-Cal أو البرامج الأخرى

فحوصات الأسنان

حافظ على نظافة لثة طفلك من خلال مسح اللثة بقماشة برفق يوميًا. تبدأ مرحلة "التسنين" في عمر أربعة إلى ستة أشهر، وهي مرحلة يبدأ فيها ظهور أسنان الطفل. يجب عليك تحديد موعد لزيارة طفلك الأولى لطبيب الأسنان بمجرد ظهور أول سنّ له، أو عند إتمام عامه الأول، أيهما أقرب.

خدمات طب الأسنان من برنامج Medi-Cal التالية هي خدمات مجانية:

الأطفال من عمر 0-3 سنوات

- ورنيش الفلورايد (كل ستة أشهر، وأحيانًا أكثر من ذلك)
- حشوات الأسنان
- عمليات الخلع (خلع الأسنان)
- خدمات طب الأسنان الطارئة
- *التخدير (إذا كان ضروريًا من الناحية الطبية)
- زيارة طفلك لطبيب الأسنان لأول مرة
- أول فحص أسنان لطفلك
- فحوصات الأسنان (كل ستة أشهر، وأحيانًا أكثر من ذلك)
- الأشعة السينية
- تنظيف الأسنان (كل ستة أشهر، وأحيانًا أكثر من ذلك)

الأطفال من سن 4 إلى 12 عامًا

- حشوات الأسنان
- علاج قنوات الجذر
- عمليات الخلع (خلع الأسنان)
- خدمات طب الأسنان الطارئة
- *التخدير (إذا كان ضروريًا من الناحية الطبية)
- فحوصات الأسنان (كل ستة أشهر، وأحيانًا أكثر من ذلك)
- الأشعة السينية
- ورنيش الفلورايد (كل ستة أشهر، وأحيانًا أكثر من ذلك)
- تنظيف الأسنان (كل ستة أشهر، وأحيانًا أكثر من ذلك)
- الختام السني للأضراس



الأطفال من سن 13 إلى 20 عامًا

- علاج قنوات الجذر
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة
- تقويم الأسنان وكشط الجذر
- عمليات الخلع (خلع الأسنان)
- خدمات طب الأسنان الطارئة
- *التخدير (إذا كان ضروريًا من الناحية الطبية)
- فحوصات الأسنان (كل ستة أشهر، وأحيانًا أكثر من ذلك)
- الأشعة السينية
- ورنيش الفلورايد (كل ستة أشهر، وأحيانًا أكثر من ذلك)
- تنظيف الأسنان (كل ستة أشهر، وأحيانًا أكثر من ذلك)
- تقويم الأسنان (الدعائم) للموهلين
- حشوات الأسنان
- التيجان

* يجب على مقدمي الخدمات النظر في استخدام التخدير أو التخدير العام عندما يُحدّدون ويؤيّنون سببًا يجعل التخدير الموضوعي غير مناسب طبيًا، و أن يكون علاج الأسنان موافقًا عليه مسبقًا أو لا يحتاج إلى الموافقة المسبقة (الإذن المسبق).

فيما يلي بعض الأسباب التي تمنع استخدام التخدير الموضوعي، وقد تقتضي استخدام التخدير والتخدير العام كبديل:

- الحالات المرتبطة بالصحة البدنية أو السلوكية أو النمائية أو العاطفية التي تمنع المريض من الاستجابة لمحاولات مقدم الخدمة لتقديم العلاج
- العمليات الجراحية أو الترميمية الكبيرة
- عدم تعاون الطفل
- الالتهاب الحاد في موضع الحقن
- عدم تأثير المخدر الموضوعي في تخفيف الألم

إذا كانت لديك أي أسئلة أو رغبت في معرفة المزيد عن خدمات الأسنان، فاتصل بخط خدمة عملاء Medi-Cal Dental على الرقم 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 or 711)، أو قم بزيارة الموقع [./https://smilecalifornia.org](https://smilecalifornia.org).



6. الإبلاغ عن المشكلات وحلها

جلسات الاستماع

جلسة الاستماع هي اجتماع يُعقد مع مسؤول خطة Health Net وقاضي من إدارة الخدمات الاجتماعية بولاية California (CDSS). سيساعد القاضي في حل مشكلتك وسيقرر ما إذا كانت Health Net قد اتخذت القرار الصحيح أم لا. يحق لك طلب عقد جلسة استماع إذا قُدِّمت لـ Health Net التماساً بالفعل، وكنت غير راضٍ عن القرار، أو إذا لم تتلق قراراً بشأن الاستئناف الذي قدمته بعد 30 يومًا.

يجب عليك طلب جلسة استماع حكومية خلال 120 يومًا من تاريخ خطاب إشعار حل الاستئناف (NAR) الخاص بنا. وإذا مُنحت تعليق المساعدة المدفوعة خلال تقديم استئنافك وتريد استمرار هذه الخدمة حتى صدور قرار بشأن جلسة الاستماع، يتعين عليك طلب عقد جلسة استماع خلال 10 أيام من خطاب NAR، أو قبل تاريخ إعلان إيقاف خدماتك، أيهما أبعد.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للتأكد من استمرار المساعدات المدفوعة المعلقة حتى يصدر القرار النهائي بشأن جلسة الاستماع الحكومية الخاصة بك، فاتصل بـ Health Net على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع، عبر الرقم 1-800-675-6110. وإذا كنت تعاني من مشكلة في السمع أو التحدث جيدًا، فاتصل على الرقم TTY 711. يمكن لممثلك المعتمد أو مقدم الخدمات طلب عقد جلسة استماع نيابةً عنك من خلال الحصول على تصريح كتابي منك.

في بعض الأحيان، يمكنك طلب عقد جلسة استماع من دون إتمام إجراءات تقديم طلب الاستئناف.

على سبيل المثال، في حال لم تخطر Health Net بشكل صحيح أو في الوقت المناسب بشأن خدماتك، يمكنك طلب عقد جلسة الاستماع من دون إتمام إجراءات تقديم طلب الاستئناف. يُسمى هذا استنفادًا اعتباطيًا. وفي ما يلي بعض الأمثلة عن الاستنفاد الاعتباري:

- لم توفر لك خطاب إشعار بالإجراء (NOA) أو خطاب NAR بلغتك المفضلة.
- إذا ارتكبنا خطأً يؤثر في أي من حقوقك
- إذا لم نرسل إليك خطاب NOA
- إذا لم نرسل إليك خطاب NAR
- إذا ارتكبنا خطأً في خطاب NAR الخاص بنا
- إذا لم نبت في أمر استئنافك خلال 30 يومًا.
- إذا قررنا أن حالتك طارئة، ولكن لم يتم الرد على استئنافك خلال 72 ساعة.



يمكنك طلب عقد جلسة استماع بالطرق التالية:

▪ **عبر الهاتف:** اتصل بقسم جلسات الاستماع على مستوى الولاية التابع لـ CDSS على الرقم 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349 أو 711)

▪ **عبر البريد:** املأ النموذج الذي يُقدّم مع إخطار قرار الاستئناف وأرسله بالبريد إلى:

▪ California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814

▪ **عبر الإنترنت:** طلب عقد جلسة الاستماع عبر الإنترنت على www.cdss.ca.gov

▪ **عبر البريد الإلكتروني:** املأ النموذج المرفق مع إخطار قرار الاستئناف وأرسله عبر البريد الإلكتروني إلى العنوان الإلكتروني Scopeofbenefits@dss.ca.gov

▪ ملاحظة: إذا أرسلته عبر البريد الإلكتروني، فثمة خطر من أن يقوم شخص آخر غير مسؤول قسم جلسات الاستماع باعتراض بريدك الإلكتروني. لذا ينبغي مراعاة استخدام طريقة أكثر أمانًا لإرسال طلبك.

▪ **عبر الفاكس:** املأ النموذج المرفق مع إخطار قرار الاستئناف وأرسله عبر الفاكس إلى قسم جلسات الاستماع على الرقم 1-916-309-3487 أو على الرقم المجاني 1-833-281-0903

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في طلب عقد جلسة الاستماع، يمكننا مساعدتك في ذلك. يمكن أن نقدّم لك خدمات لغوية مجانية. اتصل على الرقم 1-800-675-6110 (TTY 711).

في جلسة الاستماع، ستخبر القاضي بسبب اعتراضك على قرار Health Net. وستخبر Health Net القاضي بحيثيات اتخاذنا لقرارنا. قد يستغرق القاضي 90 يومًا لإصدار قرار بشأن حالتك. يتعين على Health Net اتباع ما يقرره القاضي.

إذا كنت تريد أن تتخذ CDSS قرارًا سريعًا لأن الوقت الذي تستغرقه جلسة الاستماع قد يعرّض حياتك أو صحتك أو قدرتك على العمل للخطر، يمكنك أنت أو ممثلك المعتمد أو مقدم الخدمة الخاص بك التواصل مع CDSS وطلب عقد جلسة استماع عاجلة (سريعة) على مستوى الولاية. يتعين على CDSS اتخاذ قرار في فترة لا تتجاوز ثلاثة أيام عمل بعد تلقيها ملف حالتك الكامل من Health Net.



7. الحقوق والمسؤوليات

بصفتك عضوًا لدى Health Net، فإن لديك بعض الحقوق والمسؤوليات. يوضح هذا الفصل هذه الحقوق والمسؤوليات. ويشتمل هذا الفصل أيضًا على الإخطارات القانونية التي يكون لك حق فيها بصفتك عضوًا في Health Net.

إخطار نية الإجراء

سترسل Health Net لك خطاب إخطار نية الإجراء (NOA) في أي وقت ترفض Health Net طلب خدمات رعاية صحية أو تؤخره أو تنهيه أو تعدله. إذا كنت غير موافق على قرار Health Net، يمكنك دومًا تقديم استئناف إلى Health Net. انتقل إلى قسم "الاستئنافات" في الفصل 6 من هذا الكتيب للاطلاع على المعلومات المهمة حول تقديم استئنافك. عندما ترسل Health Net لك إخطار نية الإجراء، فإنها ستبلغك بكل الحقوق الموجودة لديك إذا كنت غير موافق على قرار اتخذناه. إذا تلقيت هذا الإشعار من أي جهة غير Health Net أو أحد المتعاقدين الفرعيين التابعين لـ Health Net، فاتصل بـ Health Net فورًا.

محتويات الإخطارات

إذا اعتمدت Health Net في رفضها أو تأخيرها أو تعديلها أو إنهاؤها أو تعليقها أو تخفيضها لخدماتك اعتمادًا كليًا أو جزئيًا على الضرورة الطبية، فيجب أن يحتوي NOA الخاص بك على ما يلي:

- بيان بالإجراء الذي تنوي Health Net اتخاذه.
- شرح واضح وكاف لأسباب القرار الذي تعتزم Health Net اتخاذه.
- كيف اتخذت Health Net قرارها، بما في ذلك القواعد التي اتبعتها Health Net.
- الأسباب الطبية للقرار. على Health Net أن توضح كيف لا تستوفي حالتك القواعد أو الإرشادات.
- معلومات حول حقك في طلب نسخ مجانية من جميع المستندات والسجلات المتعلقة بـ NOA.

الترجمات

يجب على Health Net الترجمة الكاملة لمعلومات العضو وتقديمها مكتوبة باللغة المفضلة، بما في ذلك كل التظلمات وإشعارات الاستئنافات.

ويجب أن يتضمن الإخطار المترجم بالكامل السبب الطبي لقرار Health Net برفض طلب العضو للحصول على خدمات الرعاية الصحية أو تأخيرها أو تعديلها أو إنهاؤها أو تعليقها أو تخفيضها.

إذا لم تكن الترجمة بلغتك المفضلة متاحة، فيتعين على Health Net تقديم المساعدة الشفهية بلغتك المفضلة حتى تتمكن من فهم المعلومات التي تحصل عليها.

LTR066518AP00



تلتزم Health Net بقوانين الحقوق المدنية المعمول بها في الولاية والقوانين الفيدرالية النافذة ولا تميز الأشخاص أو تستبعدهم أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو العجز العقلي أو البدني أو الجنس (بما في ذلك الحمل والتوجه الجنسي والهوية الجنسية) أو الدين أو النسب أو المجموعة العرقية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو النوع.

Health Net:

- توفر وسائل مساعدة وخدمات مجانية للأشخاص المصابين بعجز لمساعدتهم على التواصل الفعال معنا، مثل:
 - مترجمين فوريين مؤهلين للغة الإشارة
 - معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (حروف طباعة كبيرة، وملفات صوتية، وتنسيقات إلكترونية يسهل الوصول إليها، وغيرها من التنسيقات)
- توفر خدمات لغوية مجانية في الوقت الملائم للأشخاص الذين لا تكون الإنجليزية لغتهم الأساسية، مثل:
 - مترجمين فوريين مؤهلين
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى
- إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بمركز اتصال عملاء Health Net على الرقم (TTY: 711) 1-800-675-6110، على مدار 24 ساعة في اليوم، و 7 أيام في الأسبوع، و 365 يومًا في السنة.

وبناء على الطلب، يمكن إتاحة هذا المستند بطريقة برايل، أو بحروف طباعة كبيرة، أو تسجيل صوتي أو صيغة إلكترونية. للحصول على نسخة بإحدى تلك الصيغ البديلة، يرجى الاتصال بنا أو مراسلتنا على:

Health Net

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103

مركز اتصال العملاء: (TTY: 711) 1-800-675-6110

California Relay 711

إذا كنت تعتقد أن Health Net قد فشلت في تقديم هذه الخدمات أو ميزت بطريقة ما على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الجنس (بما في ذلك الحمل والتوجه الجنسي والهوية الجنسية) أو العجز العقلي أو البدني أو الدين أو النسب أو المجموعة العرقية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو النوع، يمكنك تقديم تظلم إلى منسق 1557.

يمكنك تقديم تظلم عبر الهاتف أو شخصيًا أو عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم التظلم، فإن منسق 1557 جاهز لمساعدتك.

- عبر الهاتف: اتصل على (TTY: 711) 855-577-8234، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بالتوقيت الشرقي)

- عبر الفاكس: 1-866-388-1769

- خطيًا: اكتب رسالة وأرسلها إلى Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631

- إلكترونيًا: أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى SM_Section1557Coord@centene.com هذا الإشعار متاح على موقع Health Net على الإنترنت: https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html

- شخصيًا: تفضل زيارة عيادة طبيبك أو Health Net وأخبرهم أنك تريد تقديم تظلم.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في ولاية California عبر الهاتف أو خطيًا أو إلكترونيًا:

- عبر الهاتف: اتصل على 916-440-7370. إذا كنت غير قادر على التحدث أو السمع جيدًا، فيُرجى الاتصال على الرقم 711.

- خطيًا: املأ نموذج الشكوى أو اكتب خطابًا وأرسله إلى Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413.

تتوفر نماذج الشكوى على http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- إلكترونيًا: أرسل رسالة على البريد الإلكتروني CivilRights@dhcs.ca.gov

ويمكنك تقديم شكوى حقوق مدنية لدى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية، عبر الهاتف أو خطياً أو إلكترونياً من خلال بوابة شكاوي مكتب الحقوق المدنية، المتوفر على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> أو من خلال البريد أو الهاتف على:

- خطياً: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- عبر الهاتف: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
- إلكترونياً: تتوفر نماذج الشكوى على الموقع الإلكتروني <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

English: If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم (TTY: 711) 1-800-675-6110 تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

Armenian: Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, զանգահարեք 1-800-675-6110 (TTY: 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ խոշոր տպագրությամբ: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងជាអក្សរធ្លាក់ជាកម្រិតផ្គត់ផ្គង់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

Chinese (Simplified): 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电 1-800-675-6110 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如盲文和大字版文档。这些服务免费为您提供。

Chinese (Traditional): 如果您或您正在幫助的其他人需要語言服務，請致電 1-800-675-6110 (TTY: 711)。另外，還為殘疾人士提供輔助和服務，例如盲文和大字版文件。這些服務對您免費提供。

Farsi: اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با خط بزرگ و چاپ درشت نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

Hindi: यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)।

विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे 'ब्रेल' लिपि और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

Hmong: Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

Japanese: ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、点字や大活字の文書などの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

Korean: 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 점자 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານດິດໂຕບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Beiv hngv meih ganh a'fai meih tengx ga'hlen mienh, se gorngv qiemx zuqc longc tengx porv waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-675-6110 (TTY: 711). Mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong tengx waaic fangx mienh, beiv zoux sou benx nzangc-pokc bun hluc aengx caux domh nzangc. Naaiv deix gong-bou jauv-louc mv zuqc heuc meih ndortv nyaanh cingv.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian: Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы, выполненные шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en braille y en letra grande. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

Tagalog: Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumentong nasa braille at mga malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น เอกสารในรูปแบบอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ บริการ เหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

Ukrainian: Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1-800-675-6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và bản in khổ lớn. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.