



3. نحوه دریافت مراقبت

تأیید اولیه (مجوز قبلی)

برای بعضی از انواع مراقبت، PCP یا متخصص شما باید قبل از ارائه خدمات به شما از Health Net اجازه بگیرد. به این کار، درخواست تأییدیه قبلی یا مجوز قبلی گفته می‌شود. به این معنی است که Health Net باید اطمینان پیدا کند که این مراقبت از نظر پزشکی لازم (مورد نیاز) است.

خدمات ضروری پزشکی برای محافظت از جان شما، محافظت از شما در برابر بیماری یا ناتوانی جدی یا برای کاهش دردهای شدید مرتبط با بیماری، مریضی یا مصدومیت تشخیص داده شده منطقی و ضروری هستند. خدمات Medi-Cal برای اعضای زیر 21 سال شامل مراقبتی است که از نظر پزشکی برای درمان یا کمک به بهبود بیماری یا عارضه جسمی و روانی ضروری هستند.

خدمات زیر همیشه به تأییدیه قبلی (مجوز قبلی) نیاز دارند، حتی در صورتی که آن‌ها را از ارائه‌کننده درون شبکه Health Net دریافت کنید:

- بستری در بیمارستان، در صورتی که اورژانسی نباشد
- خدمات خارج از ناحیه خدماتی Health Net در صورتی که مراقبت اورژانسی یا فوری نباشد
- خدمات مراقبت طولانی مدت یا خدمات پرستاری تخصصی در آسایشگاه (از جمله مراکز مراقبت نیمه حاد بزرگسالان و کودکان که با واحد مراقبت نیمه حاد اداره خدمات مراقبت از سلامت قرارداد دارند) یا مراکز مراقبت حد متوسط (شامل مرکز مراقبت حد متوسط برای افراد دارای ناتوانی‌های رشدی (ICF/DD)، مرکز مراقبت حد متوسط برای افراد دارای ناتوانی‌های رشدی - بخش توان بخشی (ICF/DD-H)، مرکز مراقبت حد متوسط برای افراد دارای ناتوانی‌های رشدی - بخش پرستاری (ICF/DD-N))
- تصویربرداری پیشرفته
- خدمات حمل و نقل پزشکی در صورتی که اورژانسی نباشد
- خدمات آمبولانس اورژانسی نیازی به تأیید اولیه (مجوز قبلی) ندارند.

با بخش خدمات اعضا به شماره (TTY 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید. Health Net در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته آماده کمک به شما است. تماس با این شماره رایگان است. یا با خط رله California به شماره 711 تماس بگیرید. به نشانی آنلاین www.healthnet.com رجوع کنید.



برای درخواست‌های پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) Health Net باید در اسرع وقت با توجه به وضعیت سلامتی شما پاسخ دهد که حداکثر پنج روز کاری از زمانی است که Health Net اطلاعات درخواستی خود را که به طور معقول برای تصمیم‌گرفتن درباره درخواست شما (تأیید کردن، تغییر دادن یا رد کردن) نیاز دارد دریافت می‌کند. Health Net باید حداکثر ظرف مدت هفت روز تقویمی از زمانی که Health Net درخواست شما را دریافت می‌کند پاسخ دهد.

اگر ارائه‌کننده یا Health Net به این نتیجه برسد که چارچوب زمانی عادی می‌تواند به صورت جدی جان، سلامتی یا توانایی شما را برای رسیدن، حفظ کردن یا دستیابی مجدد به حداکثر عملکرد به خطر بیندازد، Health Net تصمیم پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) را به صورت سریع‌تر و تعجیلی می‌گیرد. Health Net در اسرع وقت بنا به وضعیت سلامتی شما پاسخ می‌دهد که حداکثر تا 72 ساعت از زمانی است که Health Net درخواست شما را دریافت می‌کند.

در برخی موارد، Health Net ممکن است برای تصمیم‌گیری (تأیید، تغییر، رد) درباره درخواست پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) شما به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشد. در صورتی که این اتفاق بیفتد، Health Net تا 14 روز تقویمی دیگر برای تصمیم‌گیری وقت دارد. وقتی که Health Net اطلاعات مورد نیاز را دریافت کند باید در اسرع وقت بنا به وضعیت سلامتی شما که حداکثر پنج روز کاری برای درخواست‌های عادی و 72 ساعت برای درخواست‌های تعجیلی است تصمیم بگیرد. ارائه‌کننده شما می‌تواند برای Health Net جهت پاسخ دادن به درخواست‌های عادی درخواست تمدید مهلت کند. شما می‌تواند برای درخواست‌های عادی یا تعجیلی درخواست تمدید مهلت کنید. درخواست‌های تأییدیه قبلی (مجوز قبلی) را پرسنل بالینی یا پزشکی مانند پزشک، پرستار و داروساز بررسی می‌کنند.

Health Net به هیچ نحوی بر تصمیم بررسی‌کنندگان درباره رد، تغییر یا تأیید پوشش بیمه یا خدمات تأثیر نمی‌گذارد. اگر Health Net درخواست را تأیید نکند، نامه اطلاعیه اقدام (NOA) از سوی Health Net برای شما ارسال خواهد شد. NOA به شما اطلاع می‌دهد که در صورت مخالفت با تصمیم اتخاذشده، چطور درخواست تجدیدنظر تنظیم کنید.

در صورت نیاز Health Net به اطلاعات یا زمان بیشتر برای بررسی درخواست‌تان، Health Net با شما تماس می‌گیرد.

هرگز برای مراقبت اورژانسی به تأییدیه قبلی (مجوز قبلی) نیازی ندارید، حتی اگر خارج از شبکه Health Net یا خارج از محدوده خدماتی شما باشد. در صورت بارداری، این مورد شامل زایمان و وضع حمل نیز می‌شود. برای برخی از خدمات مراقبتی حساس به تأیید اولیه (مجوز قبلی) نیاز ندارید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات مراقبت حساس، به بخش «مراقبت حساس» در ادامه این فصل مراجعه کنید.

اگر درباره تأیید اولیه (مجوز قبلی) سوالی دارید، با شماره (TTY 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید.

نظرات ثانویه

ممکن است برای مراقبتی که ارائه‌کننده می‌گوید نیاز دارید یا درباره تشخیص یا برنامه درمان، به نظر ثانویه نیاز پیدا کنید. برای مثال، اگر مطمئن نیستید که تشخیص بیماری درست است یا نمی‌دانید به درمان یا جراحی تجویز شده نیاز دارید یا خیر، یا سعی کرده‌اید یک برنامه درمانی را دنبال کنید اما هیچ نتیجه‌ای نگرفته‌اید، ممکن است به نظر ثانویه نیاز پیدا کنید.

اگر شما و ارائه‌کننده شبکه درخواست نظر ثانویه داشته باشید و این نظر توسط یک ارائه‌کننده شبکه صادر شود، Health Net هزینه آن را پرداخت خواهد کرد. برای دریافت نظر ثانویه از یک ارائه‌کننده درون شبکه، به تأییدیه قبلی (مجوز قبلی) Health Net نیازی ندارید. اگر بخواهید نظر ثانویه جویا شوید، شما را به ارائه‌کننده مورد تأیید درون شبکه‌ای ارجاع می‌دهیم که می‌تواند به عنوان دومین فرد به شما نظر بدهد.

با بخش خدمات اعضا به شماره (TTY 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید. Health Net در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته آماده کمک به شما است. تماس با این شماره رایگان است. یا با خط رله California به شماره 711 تماس بگیرید. به نشانی آنلاین www.healthnet.com رجوع کنید.



برای درخواست نظر ثانویه و دریافت کمک در انتخاب ارائه‌کننده، با شماره (TTY 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید. ارائه‌کننده درون شبکه‌تان همچنین می‌تواند در صورتی که بخواهید نظر ثانویه دریافت کنید در گرفتن معرفی به شما کمک کند.

اگر هیچ ارائه‌کننده‌ای در شبکه Health Net وجود نداشته باشد که بتواند نظر ثانویه ارائه کند، Health Net هزینه دریافت نظر ثانویه از ارائه‌کننده خارج از شبکه را پرداخت خواهد کرد. Health Net در اسرع وقت با توجه به عارضه پزشکی شما به شما می‌گوید که آیا ارائه‌کننده انتخابی شما برای نظر ثانویه تایید شده است یا خیر که حداکثر آن پنج روز کاری از زمانی است که Health Net اطلاعات درخواستی را که به طور منطقی برای تصمیم‌گیری درباره درخواست شما نیاز دارد دریافت می‌کند. Health Net باید حداکثر هفت روز تقویمی از زمانی که درخواست شما را دریافت می‌کند پاسخ دهد. Health Net باید حداکثر ظرف مدت هفت روز تقویمی از زمانی که Health Net درخواست شما را دریافت می‌کند پاسخ دهد.

اگر بیماری مزمن، شدید یا جدی دارید، اگر تهدید فوری یا جدی برای سلامتی شما وجود دارد که برخی از آن‌ها عبارت است از مرگ، از دست دادن عضوی از بدن یا عملکردهای بدن، Health Net در مدت زمان 72 ساعت به‌صورت کتبی به شما اطلاع می‌دهد.

اگر Health Net درخواست‌تان برای دسترسی به نظر ثانویه را نپذیرد، می‌توانید شکایت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در شکایات، بخش شکایات را در فصل 6 این دفترچه راهنما مطالعه کنید.



4. مزایا و خدمات

مزایای Medi-Cal تحت پوشش Health Net

خدمات دندان پزشکی

اگر در شهرستان **Los Angeles** زندگی می‌کنید، Medi-Cal از Medi-Cal Dental Plans (Dental Managed Care Plans) برای ارائه خدمات دندان پزشکی شما استفاده می‌کند.

اگر در شهرستان **Sacramento** زندگی می‌کنید، شما باید در طرح Medi-Cal Dental Plan (Dental Managed Care Plan) ثبت‌نام کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر به Health Care Options به نشانی <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx> بروید.

اگر در شهرستان **Los Angeles** زندگی می‌کنید، می‌توانید در طرح دندان پزشکی هزینه در ازای خدمات (FFS) طرح

Medi-Cal Dental بمانید، یا می‌تواند طرح دندان پزشکی (Medi-Cal Dental Plan (Dental Managed Care Plan) را

انتخاب کنید. برای انتخاب یا تغییر برنامه درمانی دندان پزشکی خود، با Medi-Cal Health Care Options به شماره

1-800-430-4263 تماس بگیرید. شما نمی‌توانید همزمان در برنامه درمانی مراقبت همه جانبه برای سالمندان (PACE) یا شبکه اقدام

مراقبت از سل‌خوردگان (SCAN) و برنامه درمانی (Medi-Cal Dental Plan (Dental Managed Care Plan) ثبت نام کنید.

طرح Medi-Cal خدمات دندان پزشکی از جمله موارد زیر را پوشش می‌دهد:

- ارتودنسی برای کودکان واجد شرایط
- درمان‌های ریشه دندان (قدیمی/خلفی)
- جرم‌گیری و روت پلنینگ (جرم‌گیری عمیق دندان)
- کشیدن دندان
- فلوراید موضعی
- پروتزهای دندانی کامل و جزئی
- روکش‌ها (پیش‌ساخته/لابراتواری)
- تشخیص و خدمات پیشگیرانه دندان پزشکی مانند معاینه، اسکن اشعه ایکس و جرم‌گیری دندان
- مراقبت اورژانسی برای کنترل درد
- پر کردن

اگر در شهرستان **Los Angeles** یا **Sacramento** زندگی می‌کنید و سوالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات دندان پزشکی

اطلاعات بیشتری کسب کنید و در طرح (Medi-Cal Dental Plan (Dental Managed Care Plan) ثبت‌نام کرده‌اید، با

طرح (Medi-Cal Dental Plan (Dental Managed Care Plan) تعیین شده برای شما تماس بگیرید.

با بخش خدمات اعضا به شماره (TTY 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید.

Health Net در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته آماده کمک به شما است.

تماس با این شماره رایگان است. یا با خط رله California به شماره 711 تماس بگیرید. به نشانی آنلاین

www.healthnet.com رجوع کنید.



سایر برنامه‌ها و خدمات Medi-Cal

سایر خدماتی که می‌توانید از طریق برنامه هزینه به‌ازای خدمات (FFS) Medi-Cal یا سایر برنامه‌های Medi-Cal دریافت کنید

Health Net برخی خدمات را پوشش نمی‌دهد اما همچنان می‌توانید آن‌ها را از طریق FFS Medi-Cal یا سایر برنامه‌های Medi-Cal دریافت کنید. Health Net با همکاری سایر برنامه‌ها اطمینان حاصل می‌کند که همه خدمات پزشکی ضروری را دریافت کنید، از جمله خدماتی که برنامه دیگری آن را پوشش می‌دهد و Health Net پوشش نمی‌دهد. بعضی از این خدمات در این بخش فهرست شده‌اند. برای کسب اطلاعات بیشتر، با شماره (TTY 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید.

خدمات دندانپزشکی

اگر در شهرستان‌های Amador و Calaveras و Inyo و Mono و San Joaquin و Stanislaus و Tulare و Tuolumne زندگی می‌کنید، طرح دندانپزشکی FFS Medi-Cal با FFS Medi-Cal برای خدمات دندانپزشکی شما یکی است. قبل از دریافت خدمات دندانپزشکی، باید کارت شناسایی مزایا (BIC) خود را به ارائه‌کننده دندانپزشکی نشان دهید. اطمینان حاصل کنید که ارائه‌کننده طرح دندانپزشکی FFS را می‌پذیرد و شما بخشی از برنامه درمانی مراقبت مدیریت‌شده که خدمات دندانپزشکی را پوشش می‌دهد نیستید.

Medi-Cal از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental طیف وسیعی از خدمات دندانپزشکی از جمله موارد زیر را پوشش می‌دهد:

- ارتودنسی برای کودکان واجد شرایط
- درمان‌های ریشه دندان (قدیمی/خلفی)
- جرم‌گیری و روت پلنینگ (جرم‌گیری عمیق دندان)
- کشیدن دندان
- فلوراید موضعی
- پروتزهای دندانی کامل و جزئی
- روکش‌ها (پیش‌ساخته/لابراتواری)
- تشخیص و خدمات پیشگیرانه دندانپزشکی مانند معاینه، اسکن اشعه ایکس و جرم‌گیری دندان
- مراقبت اورژانسی برای کنترل درد
- پر کردن

اگر سوالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات دندانپزشکی اطلاعات بیشتری کسب کنید، با برنامه Medi-Cal Dental به شماره 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 یا 711) تماس بگیرید. همچنین می‌توانید به وبسایت برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental به این نشانی مراجعه کنید: <https://www.dental.dhcs.ca.gov>.

با بخش خدمات اعضا به شماره (TTY 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید. Health Net در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته آماده کمک به شما است. تماس با این شماره رایگان است. یا با خط رله California به شماره 711 تماس بگیرید. به نشانی آنلاین www.healthnet.com رجوع کنید.



5. خدمات تندرستی کودکان و جوانان

کودکان و اعضای جوان زیر 21 سال می‌توانند به محض ثبت‌نام به خدمات مراقبت بهداشتی مورد نیاز دسترسی داشته باشند. با این کار اطمینان حاصل می‌شود که به روش‌های پیش‌گیری صحیح، خدمات دندانپزشکی، سلامت روانی و رشدی و همچنین خدمات تخصصی دسترسی خواهند داشت. در این فصل درباره این خدمات توضیح داده می‌شود.

سایر خدماتی که از طریق برنامه هزینه به‌ازای خدمات (FFS) Medi-Cal یا سایر برنامه‌ها قابل ارائه هستند

چک‌آپ‌های دندانپزشکی

روزانه با پاک کردن ملایم لثه کودک با دستمال، لثه‌های او را تمیز نگه دارید. در حدود چهار تا شش ماهگی، دندان درآوردن با شروع رشد دندان‌های شیری آغاز می‌شود. به محض در آمدن اولین دندان یا رسیدن به یک سالگی، هرکدام که زودتر باشد، باید برای اولین ویزیت دندانپزشکی فرزندتان وقت بگیرید.

این خدمات دندانپزشکی Medi-Cal برای این افراد رایگان هستند:

کودکان 0 تا 3 ساله

- وارنیش فلوراید (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- پر کردن
- کشیدن دندان
- خدمات اورژانسی دندانپزشکی
- *تزریق مُسکن (اگر از نظر پزشکی ضروری باشد)
- اولین ویزیت دندان کودک
- اولین معاینه دندان کودک
- معاینات دندانپزشکی (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- اسکن‌های اشعه ایکس
- جرم‌گیری دندان (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)

کودکان 4 تا 12 ساله

- پر کردن
- عصب‌کشی
- کشیدن دندان
- خدمات اورژانسی دندانپزشکی
- *تزریق مُسکن (اگر از نظر پزشکی ضروری باشد)
- معاینات دندانپزشکی (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- اسکن‌های اشعه ایکس
- وارنیش فلوراید (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- جرم‌گیری دندان (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- سیلانت دندان آسیاب

جوانان 13 تا 20 سال

- عصب‌کشی
- دندان مصنوعی کامل یا جزئی
- جرم‌گیری و روت پلنینگ (جرم‌گیری عمیق دندان)
- کشیدن دندان
- خدمات اورژانسی دندانپزشکی
- *تزریق مُسکن (اگر از نظر پزشکی ضروری باشد)
- معاینات دندانپزشکی (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- اسکن‌های اشعه ایکس
- وارنیش فلوراید (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- جرم‌گیری دندان (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- ارتودنسی (برای افراد واجد شرایط)
- پر کردن
- روکش دندان

با بخش خدمات اعضا به شماره (TTY 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید. Health Net در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته آماده کمک به شما است. تماس با این شماره رایگان است. یا با خط رله California به شماره 711 تماس بگیرید. به نشانی آنلاین www.healthnet.com رجوع کنید.



*ارائه‌کنندگان باید زمانی آرامبخش و بیهوشی کلی را در نظر بگیرند که تشخیص دهند و دلیلی ثبت کنند که چرا بی‌حسی موضعی مناسب نیست و درمان دندان‌پزشکی از قبل تأیید شده باشد یا نیازی به تأیید اولیه (مجوز قبلی) نداشته باشد. اینها برخی از دلایل عدم استفاده از بی‌حسی موضعی هستند و ممکن است به جای آن از آرامبخش یا بیهوشی عمومی استفاده شود:

- عارضه فیزیکی، رفتاری، رشدی یا احساسی که بیمار را از پاسخگویی به تلاش‌های ارائه‌کننده برای انجام درمان منع می‌کند.
- عمل‌های بزرگ ترمیمی یا جراحی
- کودکی که همکاری نمی‌کند
- عفونت حاد در محل تزریق
- عدم استفاده از بی‌حس‌کننده موضعی برای کنترل درد

اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات دندان‌پزشکی اطلاعات بیشتری کسب کنید، با خط خدمات مشتریان Medi-Cal Dental به شماره 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 یا 711) تماس بگیرید یا به نشانی <https://smilecalifornia.org> مراجعه کنید.



6. گزارش و حل مشکلات

دادرسی ایالتی

دادرسی ایالتی جلسه‌ای است که با Health Net و قاضی اداره خدمات اجتماعی (CDSS) California انجام می‌شود. قاضی به حل مشکل شما کمک می‌کند و تعیین می‌کند که آیا Health Net تصمیم درستی گرفته است یا خیر. اگر قبلاً برای تجدیدنظر درخواست کرده‌اید و همچنان از تصمیم Health Net ناراضی هستید یا اگر بعد از 30 روز از درخواست تجدیدنظر هنوز پاسخی دریافت نکرده‌اید، حق دارید درخواست دادرسی ایالتی داشته باشید.

شما باید ظرف 120 روز از تاریخ روی نامه اطلاعیه حل و فصل تجدیدنظر (NAR) درخواست دادرسی ایالتی کنید. اگر در مدت انتظار برای تجدیدنظر از کمک در حین انتظار دریافت کنید و بخواهید تا زمانی که هیئت دادرسی ایالتی تصمیم‌گیری کند همچنان دریافت کمک را ادامه دهید، باید در مدت 10 روز از تاریخ دریافت نامه NAR یا قبل از تاریخی به عنوان تاریخ قطع خدمات اعلام کرده‌ایم، هر کدام که دیرتر باشد، درخواست دادرسی ایالتی ارائه کنید.

اگر می‌خواهید مطمئن شوید کمک در حین انتظار تا زمانی که تصمیم نهایی توسط جلسه دادرسی ایالتی گرفته شود همچنان ادامه داشته باشد، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با Health Net به شماره 1-800-675-6110 تماس بگیرید. اگر مشکلات شنوایی یا گفتاری دارید، با 711 TTY تماس بگیرید. نماینده مجاز یا ارائه‌کننده شما می‌تواند با اجازه کتبی شما، برایتان درخواست دادرسی ایالتی بدهد.

گاهی بدون طی کردن مراحل تجدید نظر ما می‌توانید درخواست دادرسی ایالتی بدهید.

مثلاً اگر Health Net به درستی یا به موقع درباره خدماتتان به شما اطلاع‌رسانی نکرده باشد، می‌توانید بدون طی کردن مراحل تجدیدنظر، برای دادرسی ایالتی درخواست بدهید. به این حالت «پیگیری مستقیم از مراجع ذی‌صلاح» گفته می‌شود. در اینجا چند نمونه از طی فرضی مراحل آورده شده است:

- اگر ما نامه NOA یا NAR را به زبان ترجیحی‌تان برای‌تان ارسال نکنیم
- اگر مشکلی از سمت ما رخ دهد که حقوق شما را تحت تأثیر قرار داده باشد
- اگر نامه NOA برایتان ارسال نکرده باشیم
- اگر نامه NAR برایتان ارسال نکرده باشیم
- اگر در نامه NAR اشتباهی داشته باشیم
- اگر ظرف 30 روز درباره درخواست تجدیدنظران تصمیمی نگرفته باشیم.
- اگر به این نتیجه برسیم که درخواستتان فوری است اما ظرف 72 ساعت به درخواست تجدیدنظر پاسخ ندهیم

به روش‌های زیر می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید:

- **تلفنی:** با بخش دادرسی ایالتی CDSS به شماره (شماره 1-800-952-8349 TTY یا 1-800-743-8525) تماس بگیرید

با بخش خدمات اعضا به شماره (TTY 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید. Health Net در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته آماده کمک به شما است. تماس با این شماره رایگان است. یا با خط رله California به شماره 711 تماس بگیرید. به نشانی آنلاین www.healthnet.com رجوع کنید.



- از طریق پست: فرم ارائه شده همراه با اطلاعات حل و فصل تجدیدنظر را پر کنید و به این آدرس پست کنید:

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

- آنلاین: با مراجعه به آدرس www.cdss.ca.gov به صورت آنلاین درخواست دادرسی کنید
- از طریق ایمیل: فرم ارائه شده همراه با اطلاعات حل و فصل تجدیدنظر را پر کنید و به Scopeofbenefits@dss.ca.gov ایمیل کنید
- توجه: اگر فرم را از طریق ایمیل ارسال می کنید، این خطر وجود دارد که شخصی غیر از بخش دادرسی های ایالتی ایمیل شما را رهگیری کند. از روش ایمن تری برای ارسال درخواست خود استفاده کنید.
- از طریق فکس: فرم ارائه شده همراه با اطلاعات حل و فصل درخواست تجدیدنظر را پر کنید و آن را به بخش دادرسی ایالتی به شماره 1-916-309-3487 یا شماره رایگان 1-833-281-0903 فکس کنید
- اگر برای درخواست دادرسی ایالتی به کمک نیاز دارید، ما می توانیم به شما کمک کنیم. ما می توانیم خدمات رایگان زبانی به شما ارائه کنیم. با شماره (TTY 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید.

در جلسه دادرسی باید به قاضی بگویید که چرا با تصمیم Health Net مخالف هستید. Health Net نیز به قاضی خواهد گفت که بر چه مبنایی چنین تصمیمی گرفته است. ممکن است تصمیم گیری قاضی درباره پرونده شما تا 90 روز زمان ببرد. Health Net باید تابع تصمیم قاضی باشد.

اگر می خواهید که CDSS تصمیم خود را سریع تر اعلام کند زیرا زمان صرف شده برای دادرسی ایالتی ممکن است زندگی، سلامت یا توانایی شما برای کار کردن کامل را به خطر بیندازد، خودتان، نماینده مجاز شما، یا ارائه کننده تان می توانید با CDSS تماس بگیرید و درخواست دادرسی ایالتی تسریع شده (سریع) کنید. CDSS باید ظرف حداکثر سه روز کاری پس از دریافت پرونده کامل شما از Health Net، تصمیم خود را اعلام کند.

با بخش خدمات اعضا به شماره (TTY 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید.
Health Net در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته آماده کمک به شما است.
تماس با این شماره رایگان است. یا با خط رله California به شماره 711 تماس بگیرید. به نشانی آنلاین www.healthnet.com رجوع کنید.



7. حقوق و مسئولیت‌ها

شما به عنوان عضو Health Net از حقوق و مسئولیت‌های مشخصی برخوردار هستید. در این فصل درباره این حقوق و مسئولیت‌ها توضیح داده می‌شود. این فصل همچنین شامل اطلاعاتی قانونی است که شما به عنوان عضو Health Net نسبت به آن حق دارید.

اطلاعیه اقدام

هر زمان Health Net یکی از درخواست‌های خدمات مراقبت بهداشتی را رد کرد، به تأخیر انداخت، پایان یا تغییر داد، نامه اطلاعیه اقدام (NOA) از طرف Health Net برای شما ارسال خواهد شد. اگر با تصمیم Health Net مخالف هستید، همیشه می‌توانید درخواست تجدیدنظر نزد Health Net تنظیم کنید. برای کسب اطلاعات مهم درباره ثبت درخواست تجدیدنظر خود، به بخش تجدیدنظر در فصل 6 این دفترچه مراجعه کنید. زمانی که Health Net یک NOA به شما ارسال کند، تمامی حقوق شما را در صورت مخالفت با تصمیم ما، به شما اطلاع می‌دهد. اگر این اطلاعیه را از کسی جز Health Net یا پیمانکار Health Net دریافت کردید، فوراً با Health Net تماس بگیرید.

محتوای اطلاعیه‌ها

اگر Health Net رد درخواست، تأخیر، اصلاحات، خاتمه، تعلیق، یا کاهش خدمات شما را به‌طور کامل یا جزئی بر اساس ضرورت پزشکی قرار دهد، NOA شما باید حاوی موارد زیر باشد:

- بیانیه اقدامی که Health Net در نظر دارد انجام دهد
- توضیح واضح و مختصر در مورد دلایل تصمیم Health Net
- نحوه تصمیم‌گیری Health Net، از جمله قوانین مورد استفاده Health Net
- دلایل پزشکی این تصمیم. Health Net باید به وضوح بیان کند که عارضه پزشکی شما به چه صورت با قوانین یا دستورالعمل‌ها مطابقت نمی‌کند.
- اطلاعات درباره حق شما مبنی بر درخواست رایگان کپی تمامی اسناد و سوابق مربوط به NOA.

ترجمه‌ها

Health Net ملزم به ترجمه کامل و ارائه اطلاعات مکتوب اعضا به زبان‌های ترجیحی رایج است، از جمله تمام اعلامیه‌های شکایت و تجدیدنظر.

اطلاعیه کاملاً ترجمه‌شده باید شامل دلیل پزشکی تصمیم Health Net برای رد، تأخیر، اصلاح، خاتمه، تعلیق یا کاهش درخواست خدمات مراقبت‌های بهداشتی باشد.

اگر ترجمه به زبان دلخواه شما در دسترس نیست، Health Net موظف است به زبان دلخواه شما کمک شفاهی ارائه دهد تا شما بتوانید اطلاعات دریافتی خود را متوجه شوید.

LTR066518FP00

با بخش خدمات اعضا به شماره (TTY 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید. Health Net در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته آماده کمک به شما است. تماس با این شماره رایگان است. یا با خط رله California به شماره 711 تماس بگیرید. به نشانی آنلاین www.healthnet.com رجوع کنید.



Health Net تابع قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال است و بر مبنای نژاد، رنگ پوست، تبار ملی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، جنس (شامل وضعیت بارداری، گرایش جنسی و هویت جنسی)، مذهب، اصل و نسب، هویت قومی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل یا جنسیت، افراد را مورد تبعیض قرار نمی‌دهد یا با آن‌ها رفتار متفاوتی ندارد.

Health Net:

- کمک‌ها و خدمات رایگان به افراد معلول ارائه می‌دهد تا بتوانند به‌طور مؤثر با ما ارتباط برقرار کنند؛ خدماتی مانند:
 - مترجمان مجرب زبان اشاره
 - اطلاعات کتبی در سایر فرمت‌ها (چاپ درشت، فرمت صوتی، قالب‌های الکترونیک مناسب معلولان، و سایر فرمت‌ها)
 - خدمات زبانی رایگان را به‌موقع به افرادی ارائه می‌دهد که زبان اصلی‌شان انگلیسی نیست؛ خدماتی مانند:
 - مترجمان شفاهی و اجدش‌رابط
 - اطلاعات مکتوب به زبان‌های دیگر
 - اگر به این خدمات نیاز دارید، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته و 365 روز سال با مرکز تماس مشتریان Health Net به شماره (TTY: 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید.

در صورت درخواست، این سند با خط بریل، چاپ درشت، کاست صوتی یا در قالب الکترونیک نیز قابل ارائه است. برای دریافت یک نسخه از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با ما تماس بگیرید به این نشانی نامه بفرستید:

Health Net

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

مرکز تماس مشتریان: (TTY: 711) 1-800-675-6110

شماره رله California 711:

اگر فکر می‌کنید که Health Net بر مبنای نژاد، رنگ پوست، تبار ملی، سن، جنس (شامل وضعیت بارداری، گرایش جنسی و هویت جنسی)، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، مذهب، اصل و نسب، هویت قومی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل یا جنسیت، در ارائه این خدمات قصور داشته یا افراد را مورد تبعیض قرار داده است، می‌توانید نزد هماهنگ‌کننده 1557 شکایت ثبت کنید.

می‌توانید به‌صورت تلفنی، حضوری، پستی یا از طریق ایمیل، شکایت ثبت کنید. اگر در ثبت شکایت نیاز به کمک دارید، **هماهنگ‌کننده 1557** ما آماده کمک به شماست.

- تلفن: روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب (به وقت منطقه زمانی شرقی) با شماره (TTY: 711) 855-577-8234 تماس بگیرید
- فکس: 1-866-388-1769
- پست: نامه‌ای بنویسید و به این نشانی پست کنید: Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631
- الکترونیک: به نشانی SM_Section1557Coord@centene.com ایمیل بفرستید این اطلاعیه در وبسایت Health Net به این نشانی موجود است: https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html
- حضور: به مطب پزشک خود یا Health Net مراجعه کنید و بگویید که می‌خواهید شکایت ثبت کنید.
- همچنین می‌توانید به‌صورت تلفنی، مکاتبه پستی یا الکترونیک، شکایتی را نزد دفتر حقوق مدنی، اداره خدمات مراقبت از سلامت California ثبت کنید:
 - تلفنی: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر اختلال گفتاری یا شنوایی دارید، لطفاً با 711 تماس بگیرید.
 - پستی: فرم شکایت پر کنید یا نامه‌ای بنویسید و به این نشانی پست کنید: 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
- فرم‌های شکایت در این نشانی موجود هستند: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- الکترونیک: به این نشانی ایمیل بفرستید: CivilRights@dhcs.ca.gov

همچنین می‌توانید نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، به‌صورت تلفنی، پستی، یا الکترونیک از طریق درگاه شکایات دفتر حقوق مدنی به نشانی <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> یا از طریق نشانی پستی یا شماره تلفن زیر، شکایت حقوق مدنی ثبت کنید:

- پستی: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- تلفنی: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
- الکترونیک: فرم‌های شکایت در این نشانی موجود هستند: <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 بریل 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 hnangv 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 hluo 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 serbisyonang 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.