

نموذج تظلم/شكوى الأعضاء

التاريخ: _____

برجاء كتابة كافة المعلومات.

معلومات مقدم الشكوى:

الاسم _____ رقم هاتف العمل () _____ رقم هاتف المنزل () _____

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: _____

استخدم الجزء الخلفي من هذا النموذج إذا أردت مزيداً من المساحة.

التاريخ _____

توقيع العضو _____

(أو توقيع ولي الأمر إذا كان العضو قاصراً أو فاقد الأهلية)

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 675-6110 (800) أو رقم TTY/TDD (خط الاتصال لضعاف السمع/الهاتف النصي): 431-0964-(800). وعند الانتهاء، يُرجى إرسال هذا النموذج إلى: Health Net, Attn: قسم طعون وتظلمات أعضاء برنامج Medi-Cal، P.O.Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. رقم الفاكس: 831-6019 (877).



حقوقك

بموجب الرعاية المُدارة لدى برنامج MEDI-CAL

في يمكنك ال قرار ، هذا على توافق لم إذ الحقوق الخاصة بك

- طلب "مراجعة طبية مستقلة" (IMR Independent Medical Review) وسيتولى مراجع خارجي لا صلة له بالخطة الصحية مراجعة حالتك.
- اطلب "جلسة استماع بالولاية" (State Hearing) وسيتولى قاضٍ مراجعة حالتك.

أن أيضًا يمكنك ال وقت نفس في بالولاية استماع وجلسة مستقلة طبية مراجعة على ال حصول طلب يمكنك إجراء طلبت إذ ال مثال ، سبيل على .أولاً مشكلتك ستحل كانت إذ ال ترى الأخرى قبل إعادها ما تطلب ذلك ، ومع .لاحقاً بالولاية استماع جلسة طلب بإمكانك يزال الال قرار ، على توافق لا لكك أولاً ، IMR وفي .IMR إجراء طلب من تتمكن لن بال فعل ، ال جلسة عقد وتم أولاً بالولاية استماع جلسة عقد طلبت إذ ال الأخير ال قرار ال استماع لجلسة يكون ال حالة ، هذه

بالولاية استماع جلسة أو IMR مقابل مقرر رسوم توجد لا

ال مزاي الاستمرارية طلب كيفية

طلب عليك يجب ال علاج ، على ال حصول في ال استمراري في وترغب ال الحالي ال وقت في ال علاج تتلقى كنت إذ ا أوبال بريد "ال طعن بقرار إشعار" أو "بالإجراء إشعار" خطاب إرسال تاريخ من أي ام 10 غضون في ال طعن إقرار تاريخ قبل أو إي اهمما ، تسلمك ال علاج على ال حصول في برغبتك تصرح أن يجب ال خدمات ب توقف Health Net شبكة أو Physician Group جلسة تزال لا ينم ال لتغطية ال خضعة ال خدمات تلقي في ال استمراري طلب يمكنك ال طعن طلب تقديم عند ال تالية ال شروط جميع تستوفي كنت إذ امعلقة ، ال طعن أو بالولاية استماع

؛ "بالإجراء إشعار" خطاب تاريخ من يومًا 60 غضون في ل طعن طلبك استلام تم

مسبقًا؛ بهامصرح خدمات تخفيض أو تعليق أو إنهاء قرار في طعن أنت

معتمد؛ خدمات موفر قبل من ل لتغطية ال خضعة ال خدمات طلب تم

وسابقًا؛ بهال صرح لخدمات الشبكة ل تغطية ال خضعة ال فترة تنته ل م

خطاب إرسال تاريخ من تقويمية أي ام 10 غضون في ل لتغطية ال خضعة ال خدمات تلقي ب مواصلة طلبًا قدمت قد ال مقترح ل الإجراء ال فعلي ال تاريخ قبل أو ، "الإجراء إشعار"

ال (IMR) ال مستقلة ال طبية ال مراجعة

"ال طعن قرار إشعار" خطاب تاريخ من يومًا 180 غضون في واحدة طلب عليك يجب ، IMR إجراء في رغبت إذ ا صطلح أن ملاحظة يُرجى .IMR إجراء طلب كيفية حول ال معلومات أدناه ال المذكورة ال فقره ستزودك "ال طعون" و "ال شكوى" من كل إلى يشير "ال تظلم"



حقوقك

بموجب الرعاية المُدارة لدى برنامج MEDI-CAL

الاصدية ال رعاية خدمات خطط تنظيم مسؤول ية ك ال يفورنر يا بولاية المُدارة الصدية ال رعاية إدار ة ت تولى ال رقم على Health Net بـ خطة هاتفياً الات صال أولاً لك ي ذبغى الصدية ، خط لك ضد ب تظلم ت قدمت إذ ا تلك استخدما يحرملك و لا ب الإدار ة الات صال قبل Health Net بخطة ال طعن تقديم عملية واستخدما م 6110 بحاجة كنت إذ ا لك مستحقة تكون قدمتملة قانونة تعويضات أ وحقوق أي من تظلم ل تقديم الإجراءا ت تظلم أ ومرض، نحو على الصدية ال رعاية خطة تعالجه ل تظلم أ و طارئة ، بخدمة ي تعلق تظلم تقديم إلى مؤهلاً تصبح قد ال مساعدة على ل حصول ب الإدار ة الات صال يمكنك يوماً، 30 عن تزيد ل مدة معالجه ت تم ل م (IMR) مستقلة طبية مراجعة على ل حصول مؤهلاً كنت إذ ا (IMR) مستقلة طبية مراجعة ال مستقلة الطبية ال مراجعة عملية فستوفر بهما، ال موصي ال علاج أ و ال خدمة ل تقديم الطبية الضرورة بحالات ي تعلق فيما ال طبية ال رعاية أ و الطوارئ ، حالات في ال سدا دوخ للافات ال دراسة قيد أ و ال تجريبية ، ل لعلاجات ال تغطية وقرارات لضعاف اتصال وخط (1-888-HMO-2219) مجاني هاتف رقم أيضاً الإدار ة توفر ال معالجة الطبية ال خدمات الإدار ة موقع يحتوي وال تحدث ال سماع في صعوبات من يعانون ل لذين (1-877-688-9891) (TDD) ال سماع وتعليمات IMR طلب ونماذج ال شكوى، تقديم نماذج على (<http://www.hmohelp.ca.gov>) الإل كتروني والإنترنت عبر

ب الولاية ال استماع جلسات

إشعار" تاريخ من يوماً 120 غضون في واحدة طلب عليك يجب ب الولاية ، استماع جلسة عقد في رغب إذ ا أ و جزئي بشكل مسبقاً، اتخاذه تم ال ذي ل لمنفعة، ال مخالف ال قرار ب تأي يدي بلغك ال ذي "ال طعن بقرار يجب ال علاج، على ال حصول في ال استمرار في وترغب ال حال ال وقت في ال علاج ت تلقى كنت إذ ا و لكن، كلي تسلمك أ و ب ال بريد ال خطاب هذا إرسال تاريخ من أي ام 10 غضون في ب الولاية ال استماع جلسة عقد طلب عليك في برغبك تصرح أن يجب ال خدمات توقف على الصدية ال خطة فيه تض ال ذي ال تاريخ قبل أ و إياه ، ب الولاية ال استماع جلسة عقد طلب عند ال علاج على ال حصول

كتابياً أ و ال هاتف عبر ب الولاية ال استماع جلسة عقد طلب يمكنك:

- عبر الهاتف: اتصل بالرقم 1-800-952-5253. قد يكون هذا الرقم مشغولاً. وقد تتلقى رسالة لمعاودة الاتصال لاحقاً. إذا لم يكن بمقدورك التحدث أو السمع جيداً، يُرجى الاتصال على الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع (TTY/TDD) على الرقم 1-800-952-8349.

- كتابياً: يمكنك ملء نموذج جلسة استماع بالولاية أو إرسال خطاب إلى العنوان التالي:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430



حقوقك

بموجب الرعاية المُدارة لدى برنامج MEDI-CAL

هاتفك ورقم وعنوانك اسمك إرفاق من تأكيد إلى خطاب هذا مع بالولاية استماع جلسة نموذج يُرفق يساعدك شخص هناك كان إذا بالولاية استماع جلسة عقد في رغبتك وسبب الاجتماعي الضمان ورقم أو النموذج في هاتفه ورقم وعنوانه اسمه إضافة يُرجى بالولاية، استماع جلسة عقد طلب في لن تحدثها التي بالغة إذ بارزنا يُرجى فوري، مترجم على الحصول في ترغب كنت إذا إلى خطاب واحدًا لك سنوفر فوري مترجم على الحصول مقابل تدفع.

حالتك بشأن قرارات خاذاذ يومًا 90 إلى يصل ما الأمر ريس تغرق قد بالولاية، استماع جلسة طلب بعد 3 غضون في الرد يصلك فقد بصدتك، سيضر المدة هذه طوال الاذتظار أن اعقدت إذا إليك رد وإرسال بالتفصيل الخطاب يوضح أن يجب. لك خطاب كتابية الصدية خطتك أو طبيبك من طلب العمل أي من أي ام الاضطلاع على قدرتك أو بصدتك أو بديتك يضر أن شأنه من يومًا 90 لمدة حالتك في الاذتظار أن كيف "عاجلة استماع جلسة" عقد طلب على حرص ثم وجهه أكل على استعادتها أو عليها المحافظة أو بوظائفك استماع جلسة لعقد بطلبك مرفقًا خطاب وقد دم.

أو الوكلاء أو الأصدقاء والأقارب أحدتك تكلف يمكنك أو، بنفسك الاستماع جلسة في تحدث أن يمكن جلسة مكتب إذ بار عليك يجب آخر، شخصًا عنك يوجب أن في رغبت إذا. عنك لينوب المحامين أو الأطباء بقاء إلا مفوض الممثل" الشخص هذا يُدعى. عنك نيا بة بالتحديث له مسموح الشخص هذا بالولاية الاستماع

القانونية المساعدة

بالمقاطعة المستهلك لحقوق الساخن بالخط اتصال المجانية القانونية المساعدة على الحصول يمكنك 1-888-804-3536 الرقم على مقاطعتك في المحلية القانونية المساعدة بجمعية الاتصال أيضًا يمكنك



Health Net®

حقوقك

بموجب الرعاية المُدارة لدى برنامج MEDI-CAL

الدولة	حقوق المستهلكين
Fresno	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website http://www.centralcallegal.org
Kern	California Rural Legal Assistance, Inc. 601 High Street (map) Suite C Delano, CA 93215 Phone (661) 725 - 4350 Website http://crla.org Email info@crla.org
Kings	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website http://www.centralcallegal.org
Los Angeles	Center for Health Care Rights 520 South Lafayette Park Place Suite 214 Los Angeles, CA 90057 Toll Free (800) 824 - 0780 Email center@healthcarerights.org
Madera	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website http://www.centralcallegal.org



Health Net®

حقوقك

بموجب الرعاية المُدارة لدى برنامج MEDI-CAL

الدولة	حقوق المستهلكين
Riverside	California Rural Legal Assistance, Inc 1460 6th Street Coachella, CA 92236 Phone (760) 398 - 7261 Website http://crla.org Email info@crla.org
Sacramento	Community Legal Services - McGeorge School of Law 3200 Fifth Avenue Sacramento, CA 95818 Phone (916) 340 – 6080
San Bernardino	California Rural Legal Assistance, Inc 1460 6th Street Coachella, CA 92236 Phone (760) 398 - 7261 Website http://crla.org Email info@crla.org
San Diego	California Rural Legal Assistance, Inc. 640 Civic Center Drive #108 Vista, CA 92084 Phone (760) 966 - 0511 Website http://crla.org Email info@crla.org
San Joquin	Legal Services of Northern California Phone: (888) 354-4474
Stanislaus	Central California Legal Services, Inc. Phone: (559) 570-1200
Tulare	Central California Legal Services, Inc. Phone: (559) 570-1200