



نموذج التظلم والاستئناف - MEDI-CAL

يرجى إكمال هذا النموذج بأكمله وإعادة النموذج المكتمل وأي معلومات مطلوبة مباشرة إلى:

Community Health Group
عناية: مدير التظلمات والاستئنافات
2420 Fenton Street Suite 100
Chula Vista, CA 91914
هاتف (619) 498-6578
فاكس (619) 476-3834

لك الحق في تعيين شخص آخر لتقديم التظلم أو الاستئناف نيابة عنك. يجب أن توافق أولاً بشكل كتابي. إذا كنت تطعن ضد قرار رفضنا لتقديم خدمة إليك، فأمامك 60 يوماً لتقديم الاستئناف. سوف نخطرك بقرارنا خلال 30 يوماً من تلقينا للاستئناف. إذا كنت تشعر أن حالتك تحتاج إلى مراجعة سريعة لأنك تشعر بالألم شديد أو أن هناك خطراً على حياتك أو أحد أطرافك أو إحدى الوظائف الجسدية، فيمكنك طلب إجراء مراجعة سريعة. وفي المراجعات السريعة، سيردك ردنا في غضون ثلاثة أيام. يمكن تقديم التظلمات في أي وقت بما يتفق مع اللوائح الفيدرالية الجديدة.

معلومات العضو

ما اسمك؟ _____ رقم التأمين الاجتماعي: _____
من الذي حصل على الخدمات أو يسعى للحصول عليها؟ _____ رقم التأمين الاجتماعي: _____
العنوان: _____ رقم الهاتف: _____
من كان موفر الرعاية الأولية في وقت حصولك / حصول فرد الأسرة على الخدمات أو في وقت السعي للحصول على الخدمات؟

معلومات التظلم أو الاستئناف / السبب

تاريخ تقديم هذا النموذج: _____

هل هذا طلب بأن تغير CHG أو أحد المتعاقدين مع CHG أحد القرارات التي اتخذتها؟ نعم لا

هل ينطوي هذا الأمر على تهديد شديد للصحة أو ألم حاد أو احتمالية الوفاة أو فقدان أحد الأطراف أو إحدى وظائف الجسم الرئيسية؟ نعم لا (إذا اخترت "نعم"، فسيُتخذ رئيس إدارة الخدمات الطبية في CHG أو المعين بذلك قراراً بشأن ما إذا كان ينبغي التعامل مع الأمر على وجه السرعة.)

لاستخدام CHG فقط

رد رئيس إدارة الخدمات الطبية في CHG: أوافق: _____ لا أوافق: _____ التوقيع والتاريخ: _____

ملاحظات: _____

ما سبب التظلم أو الاستئناف؟ (حدد كل ما ينطبق أو اشرح تحت "غير ذلك")

عدم الرضا عن الرد على الشكوى		وجود مشاكل في الخدمة (عدم الحصول على الرعاية المطلوبة)	
غير ذلك:		مواجهة مشاكل في الرعاية (وقت الانتظار في المكتب، إلخ)	
		رفض الخدمة أو التفويض بالخدمة	
		عدم الرضا عن موفر الرعاية (عدم الإعجاب بموفر الرعاية / الطاقم، إلخ)	

كيف ترغب في حل تظلمك أو الاستئناف؟

يرجى إرفاق صفحة (صفحات) إضافية حسب الضرورة

□ يرجى التأكيد هنا إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة محامي CHG في الاستئناف.

1. من أين حصلت على الخدمات أو من الشخص الذي طلبتها منه؟

(العنوان)

2. أين تلقيت الخدمة أو طلبتها؟

3. هل هناك شيء آخر ينبغي أن نعرفه بخصوص تظلمك أو الاستئناف؟

التاريخ

توقيع العضو

تعد إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم من برنامجك الصحي، فيتعين عليك أولاً الاتصال ببرنامجك الصحي على الرقم: (1-800-224-7766) واستخدام إجراء التظلم الخاصة ببرنامجك قبل الاتصال بالإدارة. ولا تحرمك الاستفادة من إجراء التظلم هذا من أي حقوق قانونية أو تدابير تصحيحية محتملة قد تكون متاحة لك. وإذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم تظلم ينطوي على حالة طارئة، أو تظلم لم تفصل فيه خطة أو برنامج الرعاية الصحية الخاص بك فصلاً مرضياً، أو ظل التظلم دون حل لما يزيد عن 30 يوماً، فيمكنك الاتصال بالإدارة للمساعدة. قد تكون أيضاً مؤهلاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR)، فإذا كنت مؤهلاً لذلك، فستقدم عملية المراجعة الطبية المستقلة مراجعة محايدة للقرارات الطبية التي اتخذتها خطة الرعاية الصحية والمتعلقة بالضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترح، وقرارات تغطية العلاجات التجريبية أو البحثية في طبيعتها، ومنازعات سداد تكاليف الخدمات الطبية الطارئة أو العاجلة. يوجد رقم مجاني خاص بالإدارة (1-888-HMO-2219) وخط ضعاف السمع (1-877-688-9891) مخصص لضعاف السمع والنطق. يحتوي الموقع الإلكتروني للإدارة <http://www.hmohelp.ca.gov> على نماذج للشكاوى ونماذج لطلب المراجعة الطبية المستقلة وإرشادات عبر الإنترنت.

إذا لم تكن راضياً عن قرار "الضرورة الطبية" الصادر عن CHG، فيمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة من إدارة الرعاية الصحية المدارة لولاية كاليفورنيا. إذا أرسلنا إليك هذا النموذج واتضح لدى CHG أنك من المحتمل أن تكون مؤهلاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة، فقد قمنا بإرفاق نموذج لطلب المراجعة المستقلة معك. في تلك الحالة، إذا اخترت طلب المراجعة الطبية المستقلة، فيرجى استخدام النموذج المرفق وإعادته إلى إدارة الرعاية الصحية المدارة في المظروف المرفق. في حالة عدم إدراج أو إرفاق نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة مع هذا النموذج، واعتقادك أنك مؤهل للحصول على مراجعة طبية مستقلة، يرجى الاتصال بنا على الفور وسنقدم لك نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة. كما يمكنك الحصول على نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة عبر الموقع الإلكتروني لإدارة الرعاية الصحية المدارة في ولاية كاليفورنيا: www.dmhc.ca.gov. وإذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مؤهلاً لمراجعة طبية مستقلة أو إذا أردت الحصول على المزيد من المعلومات، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء في CHG على رقم: 1-800-224-7766.

القرارات المؤهلة للمراجعة الطبية المستقلة هي التي قررت فيها مجموعة CHG أو أحد المتعاقدين معها أن طلب الرعاية أو الخدمة لم يكن ضرورياً من الناحية الطبية. أما طلبات المخصصات التي تخرج عن إطار ما هو وارد في حزمة المخصصات، فهي غير مؤهلة لمراجعة طبية مستقلة.

يتم إجراء المراجعة الطبية المستقلة بواسطة دائرة الإيرادات الداخلية (IRO). ومؤسسة المراجعة المستقلة ليست لها أي علاقة من نوع مجموعة CHG وتتعاقد مع إدارة الرعاية الصحية المدارة. ويجب على مجموعة CHG أن تمثل لقرار مؤسسة المراجعة المستقلة وأن تنفذ تعليماتها، على النحو الذي تقتضيه إدارة الرعاية الصحية المدارة. أنت لست مسؤولاً عن تكاليف المراجعة الطبية المستقلة.

لكي تكون مؤهلاً لمراجعة طبية مستقلة، يجب عليك طلب مراجعة طبية مستقلة في غضون 180 يوماً (سته أشهر) من تاريخ إخطارك بقرار رفض أو تأخير أو تعديل التفويض أو الدفع مقابل خدمات الرعاية الصحية. وإذا لم تطلب المراجعة الطبية المستقلة في غضون هذه الفترة، فلن يتسنى لدائرة الإيرادات الداخلية (IRO) مراجعة الطلب، إلا إذا طلبت إدارة الرعاية الصحية المدارة خلاف ذلك.

وبصفتك من أعضاء Medi-cal، يمكنك أيضاً الاتصال بأمين المظالم في برنامج Medi-Cal للرعاية المدارة التابع لإدارة الخدمات الصحية في كاليفورنيا على 1-888-452-8609 أو طلب عقد جلسة استماع عادلة من قبل إدارة الخدمات الاجتماعية في الولاية من خلال الاتصال على

1-800-952-5253 . يمكنك طلب عقد جلسة استماع عادلة دون المرور بإجراء الاستئناف، أو يمكنك طلب عقد جلسة استماع عادلة في أي وقت أثناء إجراء الاستئناف.



Community Health Group materials are available in English, Arabic, Spanish, Tagalog and Vietnamese. Please call 1-800-224-7766. Language assistance services are provided free of charge.

Los materiales de Community Health Group están disponibles en inglés, árabe, español, tagalo y vietnamita . Por favor llame al 1-800-224-7766 . Los servicios de asistencia lingüística se proporcionan de forma gratuita.

Materiyales Community Health Group ay magagamit sa Ingles, Arabic, Espanyol, Tagalog at Vietnamese . Mangyaring tumawag sa 1-800-224-7766 . Ang Serbisyo ng ito ay ibinibigay ng walang bayad.

تتوافر مواد مجموعة Community Health Group باللغات الإنجليزية والعربية والإسبانية والتاجالوجية والفيتنامية، يرجى الاتصال على 1-800-224-7766. تُقدم خدمات المساعدة اللغوية مجانًا.

Nhóm vậ liệu y tểcộg đặg có sẵ trong tiếng Anh, tiếng ẢRậ, tiếng Tây Ban Nha, Tagalog và tiếng Việ. Xin vui lòng gặ 1-800-224-7766. Ngôn ngữ hỗ trợ dịch vụ được cung cấ miễn phí.