DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

نموذج التظلم

يُرجى ملء هذا النموذج وإعادته إلى عنوان البريد الوارد أعلاه في أقرب وقت ممكن. سيتم تأكيد الاستلام منك في غضون خمسة أيام عمل. وسيتم حل جميع التظلمات في غضون 30 يومًا كلما أمكن ذلك. إذا كان التظلم الخاص بك عاجلًا أو طارئًا، فيُرجى الاتصال بالخطة على الرقم المجاني 1-855-388-6257، أو TTY/TDD على رقم 711 لمقاطعة لوس أنجلوس، أو على رقم 1-833-479-1984، أو TTY/TDD على رقم 711 لمقاطعة ساكرامنتو، لإجراء المراجعة الفورية. ولن يتعرض الأعضاء الذين يقدمون شكوى ضد الخطة لأي تمييز أو انتقام بأي شكل من الأشكال.

بيانات العضو

اسم العضو: ____________________

رقم هوية العضو: ____________________

اسم المشترك (إذا كان مختلفًا عن الوارد أعلاه): ____________________

رقم هوية المشترك (إذا كان مختلفًا عن الوارد أعلاه): ____________________

رقم الهاتف للاتصال خلال النهار: ____________________ رقم الهاتف للاتصال خلال المساء: ____________________

معلومات عن التظلم

يُرجى استخدام الجانب الخلفي من هذا النموذج لتوضيح التظلم بالتفصيل.
تم تقديم هذا التظلم ضد (يُرجى وضع علامة داخل المربع/ المربعات المناسبة):

☐ خطة ☐ المنشأة ☐ موظفي

تاريخ/ تواريخ تقديم التظلم: ____________________

بيانات المنشأة

اسم المنشأة: ____________________ رقم تعريف المنشأة: ____________________

عنوان المنشأة: ____________________

اسم/ أسماء مقدم الخدمة العلاجية: ____________________

اذكر اسم/ أسماء موظفي المنشأة الذين تحدثت معهم حول هذا الأمر: ____________________

____

تعريفات خاصة بإجراءات التظلمs

- "التظلم" يعني تعبيرًا كتابيًا أو شفهيًا عن عدم الرضا تجاه الخطة و/أو مقدم الخدمة، بما في ذلك المخاوف ذات الصلة بجودة الرعاية، وتشمل شكوى أو نزاعًا أو طلب إعادة نظر أو استئنافًا مقدمًا من المسجَّل أو ممثله.
- "الشكوى" هي بمثابة "تظلم".
- "المشتكي" هو نفسه "المتظلم"، ويُقصد به الشخص الذي قدّم الشكوى بما في ذلك المسجَّل، أو الممثل الذي عينه المسجَّل، أو أي فرد آخر لديه سلطة التصرف نيابةً عن المسجَّل.
- كلمة "تم الحل" تعني أن التظلم قد وصل إلى النتيجة النهائية فيما يتعلق بالتظلم الذي قدمه المسجَّل، ولا توجد طعون معلقة من المسجَّلين ضمن نظام التظلمات الخاص بالخطة، بما في ذلك الجهات ذات السلطة المفوضة.
- التظلمات "المعلقة" التي لم يتم حلها في غضون 30 يومًا، أو التظلمات المُحالة إلى نظام الشكاوى أو المراجعة الطبية المستقلة التابع للإدارة.

تتحمل إدارة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضد خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، فيجب عليك أولًا الاتصال بخطة الرعاية الصحية الخاصة بك على رقم 1-855-388-6257، أو TTY/TDD على رقم 711 لمقاطعة لوس أنجلوس، أو 1-833-479-1984 أو TTY/TDD على رقم 711 لمقاطعة ساكرامنتو، واستخدام عملية إجراءات التظلم الخاصة بخطة الرعاية الصحية الخاصة بك قبل الاتصال بالإدارة. لا يمنعك استخدام إجراءات التظلم هذه من التمتع بأي حقوق قانونية أو سبل انتصاف محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في شكوى ذات صلة بحالة طارئة، أو شكوى لم تُحل بشكل مرضٍ من قِبل خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، أو شكوى ظلت دون حل لأكثر من 30 يومًا، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تكون مستحقًا أيضًا لإجراء المراجعة الطبية المستقلة (IMR). إذا كنت مستحقًا لإجراء المراجعة الطبية المستقلة، فستوفر عملية المراجعة الطبية المستقلة مراجعة محايدة للقرارات الطبية التي تتخذها خطة الرعاية الصحية فيما يتعلق بالضرورات الطبية للخدمة أو العلاج المقترح، وقرارات تغطية العلاجات التجريبية أو البحثية، ونزاعات الدفع ذات الصلة بالخدمات الطبية الطارئة أو العاجلة. كما يتوفر لدى الإدارة أيضًا رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط TDD (1-877-688-9891) لذوي إعاقات السمع والنطق. ويوفر موقع الإدارة الإلكتروني www.dmhc.ca.gov نماذج الشكاوى، ونماذج طلبات إجراء المراجعة الطبية المستقلة، والتعليمات عبر الإنترنت.

صف الحادث والتظلم الخاص بك (أرفق صفحات إضافية، إذا لزم الأمر).

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

أُصرّح لأي طبيب أسنان أو طبيب أو مستشفى أو أي منشأة طبية أخرى أو أخصائي بالإفصاح عن أي وجميع السجلات الطبية/ سجلات طب الأسنان ذات صلة بشكواي أو التي قد تؤثر على مراجعة الخطة وحلها.

______________________________ ______________

توقيع العضو التاريخ

أمنح الإذن لشبكة California Dental Network, Inc. DBA DentaQuest لمناقشة هذا التظلم مع الشخص/ الأشخاص الوارد أسماؤهم أدناه، بما في ذلك أي سجلات طبية/ طب الأسنان و/ أو المعلومات الصحية الشخصية المطلوبة للمساعدة على معالجة هذا التظلم.

____

أسماء الممثلين المفوضين

______________________________ ______________

توقيع العضو التاريخ

نموذج التظلم بشأن إلغاء تغطية الرعاية الصحية

DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

بيانات العضو

اسم العضو: ________ النوع: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ غير ذلك

اسم ولي الأمر/ الوصي (إذا تم ملء البيانات لطفل قاصر): ________

تاريخ ميلاد العضو: ________ رقم العضوية: ________

عنوان مراسلة العضو: ________

مدينة العضو، الولاية، الرمز البريدي: ________

رقم الهاتف للاتصال خلال النهار: ________ رقم الهاتف للاتصال خلال المساء: ________

عنوان البريد الإلكتروني: ________

صاحب العمل (إن وجد): ________

أسماء جميع المسجَّلين المُتأثرين: ________

____

أرقام تعريف المشتركين لجميع المسجَّلين المُتأثرين: ________

____

اسم خطة الرعاية الصحية: ________

رقم تعريف برنامج Medi-Cal (إن وجد): ________

رقم تعريف برنامج Medicare أو Medicare Advantage (إن وجد): ________

المجموعة الطبية (إن وجدت): ________

توقيع العضو: ________ التاريخ: ________

معلومات عن التظلم

إن وجد ما يلي:

تاريخ حصول العضو على إخطار بإنهاء التغطية أو أنها ستنتهي: ________

تاريخ قيام العضو بتقديم تظلم إلى جهة أخرى غير إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC): ________

إن وُجد، يُرجى تقديم ما يلي:

- نُسخ من إخطارات الخطة والمراسلات المستلمة، إن وجدت.
- نُسخ من أي مراسلات أرسلها العضو.
- نُسخ من إثبات الدفع لآخر فترة تغطية مدفوعة.

الإفصاح عن المعلومات الطبية

أطلب من إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) اتخاذ قرار بشأن مشكلتي مع الخطة الخاصة بي. وأطلب من إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) مراجعة نموذج تظلم إلغاء التغطية الصحية لتحديد ما إذا كان التظلم الخاص بي يستحق إجراءات عملية شكاوى المستهلكين الخاصة بإدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC). كما أسمح لمقدمي الرعاية، السابقين والحاليين، والخطة الخاصة بي بالاطلاع على السجلات والمعلومات الطبية الخاصة بي لمراجعة هذه المسألة. قد تشمل هذه السجلات التقارير الطبية، وتقارير الصحة العقلية، وتقارير تعاطي المخدرات، وتقارير فيروس نقص المناعة البشرية، وتقارير التصوير التشخيصي، وغيرها من السجلات ذات الصلة بالتظلم الخاص بي. قد تشمل هذه السجلات أيضًا السجلات غير الطبية وأي معلومات أخرى ذات صلة بالتظلم الخاص بي. وأسمح لإدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) بمراجعة هذه السجلات والمعلومات وإرسالها إلى الخطة الخاصة بي. ينتهي الإذن مني بعد مرور عام واحد من التاريخ الوارد أدناه، باستثناء ما يسمح به القانون. على سبيل المثال، يسمح القانون لإدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) بمواصلة استخدام المعلومات الخاصة بي داخليًا. ويمكنني إنهاء الإذن قبل هذه المدة إذا رغبتُ في ذلك. وجميع المعلومات التي قدمتها في هذه الورقة صحيحة..

توقيع العضو، أو الوصي القانوني، أو ولي الأمر: ______________________ التاريخ: ______________

تتحمل إدارة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضد خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، فيجب عليك أولًا الاتصال بخطة الرعاية الصحية الخاصة بك على رقم 1-855-388-6257، أو TTY/TDD على رقم 711 لمقاطعة لوس أنجلوس، أو 1-833-479-1984، أو TTY/TDD على رقم 711 لمقاطعة ساكرامنتو، واستخدام عملية إجراءات التظلم الخاصة بخطة الرعاية الصحية الخاصة بك قبل الاتصال بالإدارة. لا يمنعك استخدام إجراءات التظلم هذه من التمتع بأي حقوق قانونية أو سبل انتصاف محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في شكوى ذات صلة بحالة طارئة، أو شكوى لم تُحل بشكل مرضٍ من قِبل خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، أو شكوى ظلت دون حل لأكثر من 30 يومًا، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تكون مستحقًا أيضًا لإجراء المراجعة الطبية المستقلة (IMR). إذا كنت مستحقًا لإجراء المراجعة الطبية المستقلة، فستوفر عملية المراجعة الطبية المستقلة مراجعة محايدة للقرارات الطبية التي تتخذها خطة الرعاية الصحية فيما يتعلق بالضرورات الطبية للخدمة أو العلاج المقترح، وقرارات تغطية العلاجات التجريبية أو البحثية، ونزاعات الدفع ذات الصلة بالخدمات الطبية الطارئة أو العاجلة. كما يتوفر لدى الإدارة أيضًا رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط اتصال هاتفي (1-877-688-9891) لذوي إعاقات السمع والنطق. ويوفر موقع الإدارة الإلكتروني www.dmhc.ca.gov نماذج الشكاوى، ونماذج طلبات إجراء المراجعة الطبية المستقلة، والتعليمات عبر الإنترنت.

صف الحادث والتظلم الخاص بك (أرفق صفحات إضافية، إذا لزم الأمر).

(أرفق أوراقًا إضافية حسب الضرورة)

نموذج المساعد المُصرّح له

إذا كنت ترغب في منح شخص آخر الإذن بمساعدتك في التظلم الخاص بك، فيُرجى ملء الجزأين (أ) و(ب) أدناه.

إذا كنتَ أحد أولياء الأمور أو الوصي القانوني وتُقدّم هذا التظلم لطفل دون سن 18 عامًا، فلا يلزم منك ملء هذا النموذج.

إذا كنتَ تُقدّم هذا التظلم نيابةً عن أحد المُسجّلين الذي لا يمكنه ملء هذا النموذج لأنه إما غير كفء أو غير قادر، ولديك السلطة القانونية للتصرف نيابةً عنه، فيُرجى ملء الجزء (ب) فقط. وأرفق أيضًا نسخة من التوكيل الرسمي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية أو أي مستندات أخرى تُفيد بإمكانية اتخاذك القرارات نيابةً عنه.

الجزء (أ): العضو

أُصرّح للشخص المذكور أدناه في الجزء (ب) بمساعدتي في التظلم الخاص بي المُقدّم إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC). أُصرّح لموظفي إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) بمشاركة المعلومات ذات الصلة بحالتي الصحية ورعايتي مع الشخص الوارد أدناه. قد تشمل هذه المعلومات علاج الصحة العقلية، وعلاج أو فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، وعلاج إدمان المواد الكحولية أو المخدرات، أو معلومات أخرى عن الرعاية الصحية.

أُدرك أنه لن تتم مشاركة إلا المعلومات ذات الصلة بالتظلم الخاص بي.

موافقتي على هذه المساعدة اختيارية، ولي الحق في إنهائها. وإذا رغبتُ في إنهائها، فيجب أن أفعل ذلك كتابيًا.

اسم العضو (بخط واضح): ______________________________

توقيع العضو: ______________________ التاريخ: ______________

الجزء (ب): الشخص المُساعد للعضو

أُصرّح للشخص المذكور أدناه في الجزء (ب) بمساعدتي في التظلم الخاص بي المُقدّم إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC). أُصرّح لموظفي إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) بمشاركة المعلومات ذات الصلة بحالتي الصحية ورعايتي مع الشخص الوارد أدناه. قد تشمل هذه المعلومات علاج الصحة العقلية، وعلاج أو فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، وعلاج إدمان المواد الكحولية أو المخدرات، أو معلومات أخرى عن الرعاية الصحية.

اسم الشخص المُساعد (بخط واضح): ______________________________

توقيع الشخص المُساعد: ______________________________

عنوان الشارع: ______________________________

المدينة، والولاية، والرمز البريدي: ______________________________

صلة القرابة بالمريض: ______________________________

رقم الهاتف للاتصال أثناء النهار: ______________________________

رقم الهاتف للاتصال أثناء المساء: ______________________________

عنوان البريد الإلكتروني: ______________________________

☐ مرفق التوكيل الرسمي الخاص بي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية أو أي مستند قانوني آخر. (حدد إذا كان ينطبق عليك)

ورقة تعليمات نموذج التظلم/ الشكوى

للاستفسار، يُرجى الاتصال بمركز المساعدة على رقم 1-888-466-2219 أو الاتصال بـ TDD على رقم 1-877-688-9891. هذه المكالمة مجانًا..

كيفية التقديم:

1. قدّم طلبك عبر الإنترنت من خلال www.dmhc.ca.gov (هذه أسرع طريقة).

   أو

   املأ نموذج تظلم إلغاء تغطية الرعاية الصحية ثم وقّع عليه.

2. إذا كنت ترغب في أن يساعدك شخص ما في التظلم الخاص بك، فاملأ نموذج المساعد المُصرّح له..

3. أرفق المستندات المطلوبة في نموذج تظلم إلغاء تغطية الرعاية الصحية، مثل الإخطارات الواردة من خطة الرعاية الصحي الخاصة بك، وكشوف الفواتير، وإثبات الدفع.

4. إذا لم تُقدّم طلبك عبر الإنترنت، فيُرجى إرسال النموذج وأي مستندات داعمة خاصة بك عبر البريد أو الفاكس إلى:

مركز مساعدة إدارة الرعاية الصحية المُدارة
9th Street, Suite 500 980

Sacramento, CA 95814-2725
الفاكس: 916-255-5241

ماذا سيحدث بعد ذلك؟

سيرسل لك مركز المساعدة خطابًا يُخبرك في حالة قبول التظلّم الخاص بك من عدمه. في حال قبول التظلّم الخاص بك، سيتم اتخاذ قرار بشأن مشكلتك في غضون 30 يومًا. وسيتم إخطارك كتابيًا بالقرار.

هذا الإخطار مطلوب بموجب القانون

إخطار قانون ممارسات المعلومات لعام 1977

يُلزم قانون ممارسات المعلومات لعام 1977 (المادة 1798.17 من القانون المدني لولاية كاليفورنيا) بتقديم الإخطار التالي:

- يمنح قانون Knox-Keene في كاليفورنيا إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) سلطة تنظيم خطط الرعاية الصحية والتحقيق في تظلّمات أعضاء خطط الرعاية الصحية.
- يستخدم مركز المساعدة التابع لإدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) معلوماتك الشخصية للتحقيق في مشكلتك مع خطة الرعاية الصحية الخاصة بك.
- تُقدّم هذه المعلومات إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) طواعيةً. فلا يلزم منك تقديم هذه المعلومات. إلا أنه إذا لم تُقدّمها، فقد لا تتمكن إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) من التحقيق في التظلّم الخاص بك.
- يجوز لإدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) مشاركة معلوماتك الشخصية، حسب الضرورة، مع الخطة ومقدمي الرعاية للتحقيق في التظلم الخاص بك.
- يجوز أيضًا لإدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) مشاركة معلوماتك مع جهات حكومية أخرى حسبما يقتضيه القانون أو يسمح به.
- يحق لك الاطلاع على معلوماتك الشخصية. للاطلاع على معلوماتك الشخصية، يُرجى التواصل مع منسق طلب السجلات التابع لإدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC)، مكتب الخدمات القانونية، 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725، أو الاتصال على رقم 916-322-6727.