DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

فرم شکایت

لطفاً این فرم را تکمیل کرده و در اولین فرصت ممکن به آدرس پستی بالا ارسال نمایید. رسید دریافت از طرف شما ظرف 5 روز کاری تأیید خواهد شد. تمامی شکایات در صورت امکان ظرف 30 روز بررسی و حل‌وفصل خواهند شد. اگر شکایت شما فوری یا اضطراری است، لطفاً برای بررسی فوری با شماره تلفن رایگان برنامه برای شهرستان لس آنجلس 1-855-388-6257، TTY/TDD 711 و یا برای شهرستان ساکرامنتو با شماره تلفن 1-833-479-1984 /TTY TDD 711 تماس بگیرید. اعضایی که شکایتی علیه برنامه ثبت می‌کنند، تحت هیچ شرایطی مورد تبعیض یا انتقام جویی قرار نخواهند گرفت.

اطلاعات عضو

نام عضو: ______________________

شماره شناسایی عضو: ______________________

نام مشترک (در صورت تفاوت با بالا):

____

شماره شناسایی مشترک (در صورت تفاوت با بالا): ______________________

شماره تلفن روز: ______________ شماره تلفن عصر: ______________

اطلاعات شکایت

لطفاً برای توضیح کامل شکایت خود، از پشت همین فرم استفاده کنید.
این شکایت علیه موارد زیر ثبت می‌شود (لطفاً خانه مربوطه را علامت بزنید):

☐ درمانی ☐ برنامه مرکز ☐ درمانی کارکنان مرکز

تاریخ(های) وقوع شکایت: ______________________

اطلاعات مرکز درمانی

نام مرکز درمانی: ______________ شماره شناسایی مرکز: ______________

آدرس مرکز درمانی: ______________________

نام پزشک(های) معالج: ______________________

نام کارکنان مرکز درمانی که در این خصوص با آن ها صحبت کرده اید ______________________

____

تعاریف مربوط به روند رسیدگی به شکایات

- شکایت به معنای بیان نارضایتی به صورت کتبی یا شفاهی در مورد برنامه و/یا ارائه دهنده خدمات است، که شامل نگرانی درباره کیفیت مراقبت بوده و می تواند به صورت شکایت، اختلاف، درخواست تجدید نظر یا فرجام خواهی توسط عضو یا نماینده وی مطرح شود.
- شکایت با واژه «complaint» هم‌معنی است.
- شاکی با واژه «grievant» هم معنی است و به شخصی اطلاق می‌شود که شکایت را ثبت کرده؛ اعم از عضو، نماینده تعیین شده از طرف عضو، یا فرد دیگری که اختیار اقدام از طرف عضو را دارد.
- حل‌وفصل شده به این معناست که شکایت به نتیجه نهایی رسیده و هیچ درخواست تجدیدنظر معوقی در سیستم شکایات برنامه وجود ندارد، از جمله در نهادهای دارای اختیار واگذار شده.
- در حال بررسی به شکایاتی گفته می‌شود که ظرف 30 روز تقویمی حل‌وفصل نشده اند یا به سیستم شکایت یا بررسی مستقل پزشکی IMR اداره منتقل شده اند.

وزارت بهداشت مدیریت شده کالیفرنیا مسئول نظارت بر طرح‌های خدمات درمانی است. اگر شکایتی علیه برنامه درمانی خود دارید، ابتدا باید با برنامه برای شهرستان لس آنجلس به شماره تلفن1-855-388-6257 ، TTY/TDD 711 و یا برای شهرستان ساکرامنتو با شماره تلفن 1-833-479-1984 TTY/TDD 711 خود تماس گرفته و از روند رسیدگی به شکایات آن استفاده نمایید. استفاده از این روند مانع از حقوق قانونی یا راه های دیگر قانونی که ممکن است در دسترس شما باشد نخواهد بود. اگر شکایت شما مربوط به وضعیت اضطراری است، یا شکایتی که به طور رضایت بخش توسط برنامه درمانی حل نشده، یا بیش از 30 روز حل نشده باقی مانده، می توانید با وزارتخانه تماس بگیرید. ممکن است واجد شرایط برای بررسی مستقل پزشکی (IMR) نیز باشید. در صورت واجد شرایط بودن، روند IMR بررسی بی‌طرفانه ای از تصمیمات پزشکی برنامه در ارتباط با ضرورت خدمات پیشنهادی، پوشش برای درمان های تجربی یا تحقیقاتی، و اختلافات مربوط به پرداخت هزینه‌های درمانی اضطراری یا فوری انجام خواهد داد. این وزارتخانه دارای شماره تماس رایگان 1-888-466-2219 و خط TDD به شماره 1-877-688-9891 برای افراد دارای اختلال شنوایی یا گفتاری است. وب‌سایت اینترنتی وزارتخانه به نشانی: www.dmhc.ca.gov دارای فرم‌های شکایت، فرم درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین می باشد.

شرح رویداد و شکایت شما (در صورت نیاز، صفحات بیشتری پیوست نمایید)

____

من به هر دندانپزشک، پزشک، بیمارستان یا سایر مراکز درمانی یا متخصصان اجازه می‌دهم که هرگونه سوابق پزشکی/دندانپزشکی مربوط به شکایت من یا مواردی که ممکن است در بررسی و رسیدگی برنامه مؤثر باشد را ارائه دهند.

امضای عضو   تاریخ

من به شرکت California Dental Network, Inc. DBA DentaQuest اجازه می‌دهم تا در مورد این شکایت با فرد یا افراد ذکرشده در زیر گفت‌وگو کرده و هرگونه سوابق پزشکی/دندانپزشکی و/یا اطلاعات سلامت شخصی لازم برای رسیدگی به شکایت را در اختیار آن‌ها قرار دهد.

نام نماینده(های) مجاز

امضای عضو   تاریخ

DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

فرم شکایت در مورد لغو پوشش خدمات درمانی

اطلاعات عضو

نام عضو: ______ جنسیت: ☐ مرد ☐ زن ☐ سایر

نام والد/سرپرست (در صورت تکمیل فرم برای کودک خردسال): ______

تاریخ تولد عضو ______ شماره عضویت: ______

نشانی پستی عضو: ______

شهر، ایالت، کد پستی: ______

تلفن روز: ______ تلفن عصر: ______

نشانی ایمیل: ______

نام کارفرما (در صورت وجود): ______

نام تمام اعضای تحت تأثیر: ______

______

شماره شناسایی مشترک تمام اعضای تحت تأثیر: ______

______

نام برنامه درمانی : ______

شماره شناسایی Medi-Cal (در صورت وجود): ______

شماره Medicare یا Medicare Advantage (در صورت وجود): ______

گروه پزشکی (در صورت وجود): ______

امضای عضو: ______ تاریخ: ______

اطلاعات شکایت

در صورت وجود:

تاریخ دریافت اطلاعیه مبنی بر پایان یا پایان یافتن پوشش: ______

تاریخ ثبت شکایت نزد نهادی غیر از DMHC: ______

در صورت امکان، لطفاً موارد زیر را ارائه نمایید:

- نسخه هایی از اطلاعیه ها و نامه های برنامه درمانی، در صورت دریافت
- نسخه هایی از نامه های ارسال شده توسط عضو
- نسخه هایی از مدارک پرداخت حق عضویت برای آخرین دوره پرداخت شده

رضایت نامه برای انتشار پزشکی

من درخواست می‌کنم که اداره خدمات درمانی مدیریت شده Department of Managed Health Care یا DMHC درباره مشکل من با برنامه درمانی‌ام تصمیم‌گیری نماید. من درخواست می‌کنم که DMHC فرم شکایت مربوط به لغو پوشش درمانی مرا بررسی کند تا مشخص شود آیا شکایت من واجد شرایط فرآیند شکایات مصرف‌کننده این اداره هست یا خیر. من به ارائه دهندگان خدمات درمانی‌ام (در گذشته و حال) و برنامه درمانی ام اجازه می دهم که سوابق و اطلاعات پزشکی مرا برای بررسی این موضوع منتشر کنند. این سوابق ممکن است شامل سوابق پزشکی، سلامت روان، سوءمصرف مواد، HIV، گزارش های تصویربرداری تشخیصی و سایر مدارک مرتبط با شکایت من باشد. همچنین ممکن است سوابق غیرپزشکی و هرگونه اطلاعات دیگری که به شکایت من مرتبط باشد نیز دربر گیرد. من به DMHC اجازه می‌دهم که این سوابق و اطلاعات را بررسی کرده و به برنامه درمانی من ارسال کند. این اجازه تا یک سال از تاریخ زیر معتبر است، مگر اینکه طبق قانون تمدید یا محدود شود. به عنوان مثال، قانون به DMHC اجازه می دهد که از اطلاعات من به صورت داخلی همچنان استفاده کند. اگر بخواهم، می توانم این اجازه را زودتر لغو کنم. تمام اطلاعاتی که در این برگه ارائه کرده‌ام صحیح می‌باشد.

امضای عضو، ولی قانونی یا والد: ______________________________ تاریخ: ____________________

اداره خدمات درمانی مدیریت شده ایالت کالیفرنیا (DMHC) مسئول نظارت بر طرح های خدمات درمانی است. اگر شکایتی علیه برنامه درمانی خود دارید، ابتدا باید با برنامه درمانی خود برای شهرستان لس آنجلس به شماره تلفن 6257-388-855-1، TTY/TDD 711 و یا برای شهرستان ساکرامنتو با شماره تلفن 1984-479-833-1 TTY/TDD 711 خود تماس گرفته و از فرآیند شکایت آن استفاده نمایید. استفاده از این روند شکایت مانع از حقوق قانونی احتمالی یا راهکارهای قانونی دیگر موجود برای شما نخواهد بود. اگر شکایت شما مربوط به وضعیت اضطراری است، یا به طور رضایت بخش توسط برنامه درمانی شما رسیدگی نشده، یا بیش از 30 روز بدون پاسخ مانده، می توانید برای کمک با این اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی پزشکی مستقل (IMR) باشید. اگر واجد شرایط باشید، فرآیند IMR یک بررسی بی‌طرفانه از تصمیمات پزشکی اتخاذشده توسط برنامه درمانی در رابطه با ضرورت پزشکی خدمات یا درمان‌های پیشنهادی، تصمیمات مربوط به پوشش درمان‌هایی که ماهیت تجربی یا تحقیقی دارند، و اختلافات پرداخت برای خدمات اورژانسی یا فوری ارائه می‌دهد. این اداره همچنین دارای شماره تلفن رایگان 2219-466-888-1 و خط TDD به شماره 9891-688-877-1 برای افراد دارای اختلال شنوایی یا گفتاری می‌باشد. وب‌سایت اینترنتی این اداره: www.dmhc.ca.gov شامل فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR) و دستورالعمل‌های مربوطه می‌باشد.

شرح حادثه و شکایت شما (در صورت نیاز، صفحات اضافی پیوست نمایید)

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

(در صورت نیاز، برگه‌های اضافی ضمیمه شود)

فرم نماینده مجاز

اگر می‌خواهید به شخص دیگری اجازه دهید که در رابطه با شکایت شما کمک کند، بخش‌های A و B زیر را تکمیل نمایید.

اگر شما والد یا قیم قانونی هستید و این شکایت را برای یک کودک زیر 18 سال ثبت می‌کنید، نیازی به تکمیل این فرم ندارید.

اگر این شکایت را برای عضوی ثبت می‌کنید که به دلیل ناتوانی ذهنی یا جسمی قادر به تکمیل فرم نیست و شما از نظر قانونی اختیار اقدام به جای وی را دارید، فقط بخش B را تکمیل کرده و یک نسخه از وکالت نامه درمانی یا سایر مدارک اثبات‌کننده اختیار قانونی خود را ضمیمه نمایید.

بخش A : عضو

من به شخصی که در بخش B زیر نام‌برده شده است اجازه می‌دهم تا در رابطه با شکایت ثبت‌شده من در DMHC به من کمک کند. من به کارکنان DMHC اجازه می‌دهم که اطلاعات مربوط به وضعیت(های) پزشکی و مراقبت‌های درمانی‌ام را با شخص نام‌برده در زیر به اشتراک بگذارند. این اطلاعات ممکن است شامل درمان سلامت روان، درمان یا آزمایش HIV، درمان مصرف الکل یا مواد مخدر، یا سایر اطلاعات مراقبت درمانی باشد.

من درک می‌کنم که تنها اطلاعات مربوط به شکایتم به اشتراک گذاشته خواهد شد.

موافقت من با این کمک رسانی کاملاً داوطلبانه است و من حق دارم هر زمان که بخواهم آن را پایان دهم. برای این کار باید درخواست را به صورت کتبی ارائه دهم.

نام عضو (با حروف چاپی):____

امضای عضو: ____________________________ تاریخ: ______________

بخش B: شخص کمک‌کننده به عضو

من به شخصی که در بخش B زیر نام برده شده است اجازه می‌دهم تا در رابطه با شکایت ثبت شده من در DMHC به من کمک کند. من به کارکنان DMHC اجازه می‌دهم که اطلاعات مربوط به وضعیت(های) پزشکی و مراقبت های درمانی‌ام را با شخص نام برده در زیر به اشتراک بگذارند. این اطلاعات ممکن است شامل درمان سلامت روان، درمان یا آزمایش HIV، درمان مصرف الکل یا مواد مخدر، یا سایر اطلاعات مراقبت درمانی باشد.

نام شخص کمک‌کننده (با حروف چاپی): ______________________________________

امضای شخص کمک‌کننده: ____

نشانی خیابان ____

شهر، ایالت، کد پستی: ____

نسبت با بیمار: ____

شماره تلفن روز: ____

شماره تلفن عصر: ____

آدرس ایمیل: ____

☐ وکالت نامه درمانی یا سایر مدارک قانونی خود را ضمیمه کرده‌ام. (در صورت وجود علامت بزنید)

برگه راهنمای فرم شکایت / اعتراض

اگر سؤالی دارید، با مرکز راهنمایی به شماره 1-888-466-2219 یا TDD به شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

نحوه ثبت شکایت:

1. به‌صورت آنلاین از طریق وب‌سایت: www.dmhc.ca.gov ا قدام کنید. (این سریع‌ترین روش است)
   یا
   فرم شکایت مربوط به لغو پوشش خدمات درمانی را پر کرده و امضا کنید.
2. اگر می‌خواهید فرد دیگری در این روند به شما کمک کند، فرم نماینده مجاز را تکمیل نمایید.
3. مدارک خواسته شده در فرم شکایت، از جمله اطلاعیه های برنامه درمانی، صورت حساب ها، و رسید پرداخت را ضمیمه نمایید.
4. اگر به صورت آنلاین ارسال نمی‌کنید، لطفاً فرم تکمیل شده و مدارک ضمیمه را از طریق پست یا فکس به آدرس زیر ارسال نمایید:

Department of Managed Health Care Help Center
9th Street, Suite 500 980
Sacramento, CA 95814-2725
فکس: 916-255-5241

مرحله بعدی چیست؟

مرکز راهنمایی یک نامه برای شما ارسال خواهد کرد و اعلام می‌کند که آیا شکایت شما پذیرفته شده است یا خیر. اگر شکایت شما پذیرفته شود، ظرف 30 روز درباره آن تصمیم‌گیری خواهد شد. نتیجه تصمیم‌گیری به‌صورت کتبی به شما اطلاع داده خواهد شد.

این اطلاعیه طبق قانون الزامی است

اطلاعیه مربوط به قانون شیوه های اطلاعاتی سال 1977

قانون شیوه های اطلاعاتی سال 1977 (بخش 1798.17 از قانون مدنی ایالت کالیفرنیا) ارائه اطلاعیه زیر را الزامی می‌داند:

- قانون Knox-Keene ایالت کالیفرنیا به اداره DMHC اختیار می‌دهد تا بر برنامه‌های درمانی نظارت کرده و شکایات اعضای این برنامه‌ها را بررسی کند.
- مرکز راهنمایی DMHC از اطلاعات شخصی شما برای بررسی مشکل شما با برنامه درمانی استفاده می‌کند.
- ارائه این اطلاعات به‌صورت داوطلبانه انجام می‌شود. شما مجبور به ارائه آن نیستید، اما در صورت عدم ارائه، ممکن است DMHC نتواند شکایت شما را بررسی کند.
- DMHC ممکن است اطلاعات شخصی شما را برای بررسی شکایت، در صورت لزوم، با برنامه درمانی و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی به اشتراک بگذارد.
- همچنین ممکن است اطلاعات شما با سایر نهادهای دولتی، طبق قانون، به اشتراک گذاشته شود.
- شما حق دارید به اطلاعات شخصی خود دسترسی داشته باشید. برای این کار می‌توانید با هماهنگ‌کننده درخواست سوابق در دفتر خدمات حقوقی DMHC به نشانی زیر تماس بگیرید: DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725 یا با شماره 916-322-6727 تماس بگیرید.