

شکایات و درخواست های تجدید نظر اعضا

در رابطه با برخورداری از خدمات درمانی که دریافت می کنید، مایلیم از هر مسئله که ممکن است برایتان پیش آید آگاهی داشته باشیم. آیا در خصوص هیچکدام از موارد زیر مسئله ای داشته اید؟

- گروه پزشکیان
- پزشکستان
- بیمارستانتان
- برنامه بیمه بهداشتی محلی (CHP)
- خدمات داروخانه

هدف ما آن است که اطمینان حاصل کنیم شما از تامین کنندگان برنامه بیمه بهداشتی محلی مراقبت های درجه اولی را دریافت می کنید.

اگر شما در مورد خدمات دریافتی خود از ارائه دهنده برنامه بیمه بهداشتی سوالی دارید یا در رابطه با خدمات بهداشتی خود مشکلی دارید، با خدمات اعضای برنامه بیمه بهداشتی محلی با تلفن **1-800-475-5550** یا **1-800-353-7988** برای **اشخاص کم شنوا تماس بگیرید.**



نماینده بیمه بهداشتی محلی نهایت سعی خود را به عمل خواهد آورد تا مسئله شما را حل کند. اگر هنوز هم ناراضی هستید، می توانید مراحل شکایت و تجدید نظر CHP را طی کنید. این جریان به ما اجازه می دهد بدانیم که شما از خدمات یا مراقبت ها راضی نیستید ما مایلیم از مسائلی که موجب نگرانی شماست آگاهی یابیم.



"شکایت اعضا" چیست؟

شکایت اعضاء بیان کتبی یا شفاهی ناراضایی عضو درباره CHP و یا ارائه دهنده خدمات است. این شامل شکایت ها، اختلافات، و درخواست برای تقاضا ها یا تجدید نظرهای درخواست شما یعنی عضو برنامه، یا نماینده تان است.

"تجدید نظر" یا استیناف چیست؟

تجدید نظر درخواستی است برای برگرداندن تصمیمی که قبلاً اتخاذ شده است. تصمیم اتخاذ شده درباره پرداخت مزایا یا کیفیت خدمات است و هدف از آن یافتن راهی است که برای هر دو طرف قابل قبول و رضایت بخش باشد.

شکایت را چگونه باید تسلیم کرد

شما می توانید شکایت خود را در مراجع زیر مطرح کنید:

- نزد ارائه دهنده مراقبت های اصلی پزشکی خود (PCP)،
- برنامه بیمه بهداشتی محلی (CHP)،
- L.A. Care Health Plan

شما می توانید از طرق زیر نیز شکایت را تسلیم کنید:

- بوسیله تلفن
- بر روی اینترنت روی تارنمای CHP
- به صورت کتبی،
- بطور حضوری.

اگر خواستید شکایت خود را تسلیم کنید، یک نماینده CHP، مراحل آن را برای شما توضیح خواهد داد.

اگر برای تکمیل فرم شکایت خود نیاز به کمک دارید نماینده CHP به شما کمک خواهد کرد.

از CHP چه انتظاراتی می توانید داشته باشید

CHP انتظارات شما را جدی خواهد گرفت. به مجرد دریافت شکایت شما کارمندان CHP شکایتتان را مورد بررسی قرار می دهند. CHP در مورد مسئله یا مسائل مربوط به شکایت شما تحقیقات لازم را به عمل خواهد آورد. برای برطرف کردن شکایت شما به طریقی که برای دو طرف قابل قبول باشد کارمندان مربوطه در صورتی که مناسب باشد با ارائه دهنده خدمات شما همکاری خواهند کرد.

در طی سی (30) روز تقریبی پس از دریافت شکایت شما، CHP به تحقیقات خود پایان خواهد داد. CHP درباره شکایت شما تصمیم خواهد گرفت. شما به طور کتبی از تصمیم CHP آگاه خواهید شد. این نامه تصمیم اتخاذ شده را شرح خواهد داد و حقایق را که بر مبنای آن این تصمیم گرفته شده بیان می کند. این نامه حقوق شما در رابطه با تقاضای تجدید نظر را چنانچه از آن تصمیم راضی نباشید شرح می دهد. این نامه همچنین نام و اطلاعات تماس سازمان هایی را که می توانید تقاضای تجدید نظر خود را تسلیمشان کنید به اطلاعاتتان می رساند.

چگونه تقاضای تجدید نظر می کنید

اداره منجد هلت کر (Managed Health Care) (DMHC) کالیفرنیا مسئول تنظیم مقررات بیمه های خدمات درمانی است. اگر شما از "برنامه بیمه محلی" (Community Health Plan) شکایتی دارید، ابتدا باید با برنامه بیمه محلی به شماره تلفن **1-800-475-5550** (یا **1-800-353-7988** شماره مخصوص اشخاصی که اختلال شنوایی دارند TTD/TTY) تماس بگیرید و جریان شکایت از بیمه محلی را طی کنید، و این کار قبل از زمانی صورت میگیرد که با منجد هلت کر DMHC تماس بگیرید. استفاده از این مراحل شکایت هیچگونه حق قانونی بالقوه یا خسارتی را که ممکن است در اختیار تان باشد از شما سلب نمیکند. اگر در رابطه با شکایت سر مورد یک وضعیت اضطراری، شکایتی که به نحو مطلوبی توسط برنامه بیمه محلی حل و فصل نشده، یا شکایتی که بیش از 30 روز است لاینحل مانده نیاز به کمک دارید، میتوانید با DMHC تماس بگیرید و کمک بخواهید. شما همچنین



بروشور شکایت و تجدید نظر

آنچه را که هر عضو برنامه بیمه بهداشتی محلی باید بداند.



Community Health Plan وابسته به L.A. Care Health Plan است که در حوزه لوس آنجلس خدمات بهداشتی Medi-Cal را عرضه می‌کند.



County of Los Angeles
Department of Health Services
Office of Managed Care

حوزه لوس آنجلس
اداره خدمات بهداشتی
دفتر منجدر

با خدمات اعضای CHP با شماره
تلفن 1-800-475-5550 تماس بگیرید.

Community Health Plan
1000 South Fremont Avenue
Building A-9 East, Second Floor, Unit 4
Alhambra, CA 91803-8859
تلفن 475-5550 (800)
فاکس 299-7258 (626)

چگونه تقاضای تجدید نظر می کنید

ممکن است برای یک "بررسی مستقل پزشکی" (IMR) واجد شرایط باشید. اگر برای بررسی مستقل پزشکی واجد شرایط باشید، جریان کار IMR در مورد تصمیمات پزشکی اتخاذ شده بوسیله برنامه بیمه در رابطه با خدمات و یا معالجه پیشنهاد شده، تصمیمات تحت پوشش برای معالجاتی که دارای طبیعت تجربی یا تحقیقاتی هستند، و نیز اختلافات پرداخت هزینه برای خدمات پزشکی اضطراری یا فوری، یک بررسی بیطرفانه به عمل خواهد آورد. اداره منجدر هلت کر همچنین یک تلفن رایگان به شماره (1-888-HMO-2219) دارد که می‌توانید با آن تماس بگیرید. شماره مخصوص TDD برای اشخاصی که اختلال شنوایی و گفتاری دارند (1-877-688-9891) است. تارنمای این اداره بر روی اینترنت به نشانی <http://www.hmohelp.ca.gov> فرمهای شکایت و فرمهای تقاضای بررسی مستقل پزشکی را عرضه کرده و راهنمایی هائی را از طریق کامپیوتر ارائه می‌دهد.

تعهدات ما در برابر شما

CHP و شرکت های قرار دادی آن در برابر شما (از جمله برای فسخ عضویت) به خاطر تسلیم شکایت یا به علت معلولیت، یا نیازهای فرهنگی/زبانی شما تبعیض قائل نخواهد شد. CHP این نکته را تضمین می کند که شما به خدمات دسترسی داشته و با عرضه کمک به زبانی که شما ترجیح می‌دهید و/یا با دستگاه های ارتباطی بینایی و یا انواع دیگر، این امکان را فراهم می سازد که به طور کامل در جریان شکایت، شرکت کنید. این کمکی از جمله عبارتند از ترجمه مراحل شکایت، فرم های و جوابهای برنامه بیمه به شکایات. علاوه بر آن CHP دسترسی به مترجمان حضوری، سیستمهای انتقالی تلفن و سایر وسائلی را که به اشخاص در جهت ارتباط کمک می کند، را امکان پذیر می سازد.