State of California
Business, Transportation and Housing Agency
Department of Managed Health Care
CONSUMER COMPLAINT FORM-Farsi
DMHC 20-081 New: 01/02 Rev: 04/06

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

فرم شکایت

در صورتیکه شکایت یا نارضایتی در خصوص برنامه بهداشتی خود طرح کرده اید و موارد زیر شامل حال شما میشود، این فرم را تکمیل و امضا کنید:

- از تصمیم اتخاذ شده در خصوص برنامه خود رضایت ندارید *یا*
- تصمیم اتخاذ شده در خصوص برنامه خود را ظرف 30 روز دریافت نکرده اید.

اگر مایلید به شخص دیگری اختیار دهید تا در مورد شکایت شما به شما کمک کند، باید فرم دستیار مجاز را نیز تکمیل کنید

اگر شکایت شما در مورد یک خطر سلامتی جدی است، هم اکنون با مرکز کمک رسانی HMO تماس بگیرید. تماس با این شماره ها رایگان است

1-888-HMO-2219 / 1-888-466-2219 TDD 1-877-688-9891

اطلاعات بیمار

نام کوچک _____ حروف نخست نام میانی ____ نام خانوادگی _____

نام پدر یا مادر یا قیم در صورت طرح شکایت برای کودک صغیر _____

نشانی خیابان _____

شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

شماره تلفن روز _____ شماره تلفن شب _____

نام برنامه بهداشتی _____

شماره عضویت بیمار* _____ تاریخ تولد بیمار (ماه/روز/سال) _____

نام گروه پزشکی* _____ شماره گروه پزشکی * _____

در کارت بیمه شما موجود است

1. آیا Medi-Cal در اختیار دارید؟ ☐ بله ☐ خیر
2. آیا مدیکیر (Medicare) یا امتیاز مدیکیر (Medicare Advantage) در اختیار دارید؟ ☐ بله ☐ خیر
3. آیا شکایت یا نارضایتی در خصوص برنامه بهداشتی خود طرح کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر
4. آیا برنامه بهداشتی شما، بیمه شما را لغو کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر
5. لطفاً شکایت خود را شرح دهید: (در صورت لزوم از یک برگه جداگانه استفاده کنید)

بعنوان مثال: چه خدماتی از برنامه بهداشتی خود یا ارائه دهنده خدمات انتظار داشتید؟

چه مشکلی در خدماتی از برنامه بهداشتی خود یا ارائه دهنده خدمات دریافت کرده اید وجود داشته است؟

چه مشکلی در خصوص صورتحساب با برنامه بهداشتی خود یا ارائه دهنده خدمات دارید؟

_____

_____

_____

6 مشکل سلامتی شما یا تشخیص مرتبط با این شکایت چیست؟

_____

_____

7 چه نوع درمان یا درمان هایی برای این مشکل سلامتی داشته اید؟

_____

_____

8 لطفاً خدمات دهندگانی که شما را در خصوص مشکل سلامتی تان درمان نموده اند، در صورت داشتن نام آنها، نام ببرید.

_____

_____

9 آیا شکایت دیگری در خصوص این مشکل در مرکز کمک رسانی HMO یا سازمان دولتی دیگری طرح نموده اید؟

☐ در مرکز کمک رسانیHMO ؟ شماره پرونده شکایت (اگر مشخص است) _____

☐ در سازمان دولتی دیگر؟ شماره پرونده شکایت (اگر مشخص است) _____

لطفاً سازمان دولتی را نام ببرید: _____

10 لطفاً **کپی هایی** از مدارک مرتبط با شکایت خود، مانند رد ادعاها، شکایت خود در مورد برنامه بهداشتی و پاسخ های مربوط به آن، صورتحساب ها، و شرح مزایای مربوطه را ضمیمه کنید.

برگرداندن نسخه های اصلی برای ما مقدور نیست.

11 بدینوسیله از اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده (DMHC) تقاضا دارم در خصوص مشکل اینجانب در مورد برنامه بهداشتی من، یک تصمیم مقتضی اتخاذ نماید. اینجانب مطلع هستم که یک نسخه از شکایت من به برنامه بهداشتی ارسال خواهد شد. بدینوسیله به ارائه دهندگان خدمات خود، در گذشته و حال، و نیز برنامه بهداشتی خود اختیار میدهم تا سوابق بهداشتی اینجانب را در اختیار DMHC قرار دهند. این سوابق می توانند شامل گزارشات پزشکی، سلامت روانی، اعتیاد به مواد مخدر، HIV، گزارشات تصویربرداری تشخیصی، و دیگر سوابق مربوط به پرونده من باشند. این سوابق می توانند شامل سوابق غیر پزشکی و هرگونه اطلاعات دیگر در خصوص پرونده اینجانب نیز باشند. بدینوسیله به DMHC اختیار داده میشود تا این سوابق و اطلاعات را مورد بازبینی قرار دهد. اجازه اینجانب، یکسال پس از تاریخ ذیل خاتمه خواهد یافت، مگر اینکه مورد دیگری به موجب قانون مجاز شمرده شده باشد. بعنوان مثال، قانون به DMHCاجازه می دهد تا به استفاده از اطلاعات من جهت مقاصد داخلی ادامه دهد. در صورت تمایل می توانم اجازه خود را زودتر از موعد خاتمه دهم. صحت کلیه اطلاعاتی که در این برگه ارائه شده اند تایید میگردد.

آیا فرم دستیار مجاز پیوست است؟ ☐ بله ☐ خیر

امضای بیمار یا یکی از والدین _____ تاریخ _____

فرم خود و هرگونه پیوست آن را به این نشانی پست کرده و یا فکس نمایید: **HMO Help Center, Department of Managed Health Care, Complaint Unit, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814 ؛ فکس: (916) 255-5241**

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

این اطلاعیه به موجب قانون الزام گردیده است*

قانون Knox-Keene کالیفرنیا، این اجازه را به اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده (DMHC) می دهد تا برنامه های بهداشتی را مورد نظارت قرار داده و به شکایات دریافتی از اعضای برنامه بهداشتی رسیدگی کند.

- مرکز کمک رسانی HMO متعلق به DMHC از اطلاعات شما جهت بررسی مشکل شما در خصوص برنامه بهداشتی و ارائه یک بازنگری پزشکی مستقل، در صورتیکه شرایط لازم جهت این بازنگری را داشته باشید، استفاده می کند.

- شما این اطلاعات را به صورت داوطلبانه در اختیار ما قرار می دهید. شما مجبور به ارائه این اطلاعات به ما نیستید.

- اما اگر این اطلاعات را در اختیار ما قرار ندهید، ممکن است قادر به بررسی شکایت شما یا ارائه یک بازنگری پزشکی مستقل نباشیم.

- این احتمال وجود دارد که اطلاعات شخصی شما را در صورت لزوم، در اختیار برنامه بهداشتی مربوطه و پزشکانی که بازنگری پزشکی مستقل را انجام می دهند، قرار دهیم.

- همچنین ممکن است اطلاعات شما را در اختیار سازمان های دولتی دیگر، در صورتی که به موجب قانون الزام شده یا مجاز شمرده شده باشد، قرار دهیم.

- شما این حق را دارید که اطلاعات شخصی خود را مشاهده کنید. برای انجام این کار، با «هماهنگ کننده درخواست سوابقDMHC » در DMHC ، دفتر خدمات حقوقی، به نشانی 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, (916) 322-6727 تماس بگیرید.

*قانون الزام کننده این اطلاعیه، «قانون شیوه های اطلاعات 1977» (دستورالعمل مدنی کالیفرنیا، بخش 1798.17) می باشد.

State of California, Business,
Transportation and Housing Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM
DMHC 20-160 New: 04/06

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

فرم دستیار مجاز

- اگر مایلید به شخص دیگری اختیار دهید که در مورد بازنگری پزشکی مستقل (IMR) یا شکایت شما به شما کمک کند، بخش های A و B در زیر را تکمیل کنید.
- اگر یکی از والدین یا قیم قانونی هستید که این IMR یا شکایت را برای کودک زیر 18 سال طرح می کنید، نیازی به تکمیل این فرم ندارید.
- اگر این IMR یا شکایت را برای بیماری طرح می کنید که به دلیل عدم داشتن صلاحیت یا توانایی لازم قادر به تکمیل این فرم نیست، و شما اختیار قانونی جهت اقدام برای این بیمار را دارید، لطفاً فقط بخش B را تکمیل نمایید. همچنین یک نسخه از وکالت نامه جهت تصمیم گیری های مراقبت های بهداشتی و یا مدارک دیگری که نشان دهنده صلاحیت شما برای تصمیم گیری برای بیمار است را ضمیمه کنید.

بخش A: بیمار

اینجانب به شخص ذیل در بخش B اجازه می دهم که در زمینه طرح IMR یا شکایت من در اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده (DMHC) به من کمک کند. اینجانب به کارکنان DMHC و IMR اجازه می دهم تا اطلاعات مربوط به وضعیت پزشکی من را در اختیار فرد نامبرده در ذیل قرار داده و همکاری لازم را با وی مبذول دارند. این اطلاعات میتواند شامل درمان سلامت روانی، درمان یا آزمایشاتHIV ، درمان اعتیاد به الکل یا مواد مخدر، یا دیگر اطلاعات مربوط به مراقبت های بهداشتی گردد.

اینجانب مطلع هستم که فقط اطلاعات مربوط به IMR یا شکایت من در اختیار دیگران قرار خواهد گرفت.

موافقت اینجانب در مورد این کمک، داوطلبانه بوده و حق خاتمه دادن به آن برای اینجانب محفوظ است. در صورت تمایل به خاتمه دادن به این کمک، باید این کار را به صورت مکتوب انجام دهم.

امضای بیمار _____ تاریخ _____

بخش B: فرد کمک کننده به بیمار

نام فرد کمک کننده (با حروف بنویسید) _____

امضای فرد کمک کننده _____

نشانی _____

وابستگی با بیمار _____

شماره تلفن روز _____

شماره تلفن شب _____

☐ وکالت نامه اینجانب جهت تصمیم گیری های مراقبت های بهداشتی و یا مدارک قانونی دیگر پیوست است.