MOLINA HEALTHCARE

☐ Medi-Cal
☐ Healthy Families

MOLINA HEALTH CARE OF CALIFORNIA

مذكرة داخلية للشكاوى/التظلمات

إلى: قسم خدمات الأعضاء	التاريخ: (ش ش/ي ي/س س) / /	الوقت: صباحاً مساءً
من: (مزود الخدمة أو الموظف)	العنوان:	رقم الهاتف: ( )

تم إرساله بواسطة: ☐ اليد ☐ البريد ☐ الفاكس

معلومات العضو

اسم العضو: (الأخير الأول)	رقم الهاتف: ( )
اسم ممثل العضو (الأخير الأول)	رقم الهاتف: ( )
عنوان العضو (الرقم، الشارع، المدينة، الولاية والرمز البريدي)	
رقم هوية MEDI-CAL أو رقم الضمان الاجتماعي:	رقم السجل الطبي:

توقيع العضو
أو توقيع
ممثل العضو: التاريخ: / /

الطريقة التي تم بها تقديم الشكوى/التظلم:
☐ شخصياً ☐ الاتصال بالهاتف ☐ خطاب ☐ أخرى _____

شكوى/تظلم العضو

وصف الشكوى/التظلم:
(استخدم صفحة أخرى وأرفقها إذا لزم الأمر)

إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا California Department of Managed Health Care مسؤولة عن تنظيم برامج خدمة الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم بشأن برنامجك الصحي يجب أن تقوم أولاً بالاتصال ببرنامجك الصحي على هاتف رقم (1-888-665-4621)، وتستخدم إجراءات التظلم من برنامجك الصحي قبل الاتصال بالإدارة. استخدام إجراءات التظلم لا يمنعك من أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت في حاجة إلى المساعدة بشأن أي تظلم يتضمن حالة طارئة، أو تظلم لم يتم حله من قبل برنامجك الصحي، أو تظلم ظل بدون حل لمدة تزيد على (30) يوماً يجوز لك الاتصال بالإدارة للمساعدة. وقد يكون لك الحق أيضاً في مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كان لك الحق في مراجعة طبية مستقلة فإن إجراءات المراجعة الطبية المستقلة سوف توفر لك مراجعة غير متحيزة للقرارات الطبية التي يتخذها أي برنامج صحي، أو قرارات تغطية المعالجات التي تكون ذات طبيعة تجريبية أو بحثية، والنزاعات بشأن دفع تكاليف الخدمات الطبية الطارئة أو العاجلة. الدائرة بها خط للاتصال بالمجان على هاتف رقم (1-888-HMO-2219)، ووخط للهاتف النصي TTD ورقمه (1-877-688-9891) لاستخدامه من قبل الأشخاص الذين لديهم إعاقات في السمع والكلام. يحتوي موقع الإدارة على الإنترنت http:www.hmohelp.ca.gov على استمارات الشكاوى، واستمارات لطلبات المراجعة الطبية وإرشادات عبر شبكة الإنترنت.

التاريخ: التوقيع:

تم إشعار العضو للاتصال بإدارة خدمات الأعضاء: ☐ نعم ☐ لا