

بخش الف: اطلاعات عضو

نام خانوادگی	نام	حرف اول نام
تاریخ تولد (سال/روز/ماه)	تاریخ حادثه	
نشانی پستی	شهر	ایالت
شماره تلفن شبانه	شماره تلفن روزانه	ساعات تماس (لطفاً مشخص کنید که چه زمانی ترجیح می‌دهید با شما تماس گرفته شود)
شماره عضویت		

بخش ب: لطفاً علت دقیق نارضایتی (شکایت) خود را مطرح کنید:

بخش ج: امضاء

امن تأیید می‌کنم که اظهارات مطرح شده در این شکایت تا آنجا که اطلاع و اعتقاد دارم، درست و صحیح است.

تاریخ

امضاء

اگر این شکایت توسط نماینده شخص و به نمایندگی از او ثبت شده است، موارد زیر را تکمیل کرده و کادر مربوطه را علامت بزنید.
نام نماینده شخصی با حروف بزرگ:

تاریخ

امضاء نماینده شخصی

اجرا کننده

وکالتنامه مامور

قیم قانونی

والد کودک صغیر

سایر

لطفاً این فرم را به نشانی زیر ارسال کنید:

Molina Healthcare of California
Attn: Member Appeals and Grievance
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA, 90802
ابه شماره 499-0757 (562) فکس کنید

اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا مسئول تنظیم طرح‌های خدمات مراقبت‌های بهداشتی است. اگر از طرح سلامت خود شکایت دارید، ابتدا باید با شماره تلفن 1-888-665-4621 درباره طرح سلامت خود تماس بگیرید، کاربران تله‌تایپ باید با شماره 711 تماس گرفته و قبل از برقراری تماس با اداره، از روند شکایت طرح سلامت خود استفاده کنند. استفاده از این فرایند شکایت، هیچ حق قانونی بالقوه یا راه‌حلی که ممکن است در دسترس شما باشد را منع نمی‌کند. اگر برای شکایتی اضطراری، شکایتی که به‌طور رضایت‌بخش توسط برنامه بهداشتی شما حل و فصل شده است، یا شکایتی که بیش از 30 روز حل‌نشده باقی‌مانده نیاز به کمک دارید، می‌توانید برای دریافت کمک با اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط «بررسی پزشکی مستقل» (IMR) باشید. اگر واجد شرایط «بررسی پزشکی مستقل» هستید، فرآیند آن شامل ارائه یک بررسی بی‌طرفانه پیرامون تصمیمات پزشکی اتخاذ شده توسط یک طرح سلامت مرتبط با ضرورت پزشکی یک خدمت یا درمان پیشنهادی، تصمیم‌گیری‌های پوششی برای درمان‌هایی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند و اختلافات مربوط به پرداخت برای خدمات درمانی اورژانسی یا فوری پزشکی است. همچنین، این اداره یک شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219) و یک خط تله‌تایپ (1-877-688-9891) برای افراد دارای اختلال شنوایی و گفتار دارد. وب سایت اینترنتی این اداره به نشانی www.dmhca.gov حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست «بررسی پزشکی مستقل» (IMR) و دستورالعمل‌های آنلاین است.

می‌توانید از اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی (DHCS) کمک بخواهید. DHCS می‌تواند در مورد شکایات و درخواست‌ها به اعضای مراقبت‌های مدیریت‌شده توسط Medi-Cal کمک کند. اگر می‌خواهید با DHCS تماس بگیرید و در مورد نگرانی‌ها، مشکلات یا شکایات خود صحبت کنید، لطفاً از دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با مامور رسیدگی به شکایات از مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده توسط Medi-Cal به شماره 1-888-452-8609 تماس بگیرید. کاربران تله‌تایپ می‌توانند 711 را شماره‌گیری کنند.