

استمارة Medi-Cal للتظلم  
(تقديم الشكوى)



القسم أ: معلومات العضو

الاسم الأخير	الاسم الأول	الأحرف الأولية
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	تاريخ وقوع الحادثة	
العنوان البريدي	المدينة	الولاية:
رقم الهاتف للإتصال مساءً	رقم الهاتف للإتصال صباحاً	ساعات الإتصال (الرجاء تأكيد الوقت الذي تفضل أن يتم الإتصال بك فيه)
رقم هاتف العضو		الرمز البريدي

القسم ب: الرجاء ذكر السبب الذي دفعك لتقديم التظلم (الشكوى) بالتفصيل:

القسم ج: التوقيع

أنا أشهد بأن ما صرحتُ به في هذه الشكوى صحيح و حقيقي على حد علمي وإعتقادي.

التوقيع

التاريخ

إن قام ممثل شخصي بتقديم الشكوى بالنيابة عنك، فقم بإكمال مايلي وأشير الحقل المناسب.  
اسم الممثل الشخصي طباعة:

توقيع الممثل الشخصي

التاريخ

والد الطفل القاصر  حارس قانوني  تفويض  المنفذ / المشرف

أخرى

الرجاء إرجاع النموذج إلى العنوان التالي:

Molina Healthcare of California  
Member Appeals and Grievance  
200 Oceangate, Suite 100  
أو Long Beach, CA 90802  
الفاكس 499-0757 (562)

إدارة كاليفورنيا للرعاية الصحية المدارة (California Department of Managed Health Care) هي المسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. وإذا كانت لديك شكوى ضد خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، فيجب عليك أولاً الاتصال بخطة رعايتك الصحية على الرقم **1-888-665-4621**، ولمستخدمي أجهزة الهاتف النصية **TTY برجاء الاتصال بالرقم 711** واستخدام إجراءات تقديم الشكاوى الخاصة بخطة الرعاية الصحية قبل الاتصال بالإدارة. ولا يمنع استخدام إجراء تقديم الشكاوى هذا أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة تتعلق بشكوى تنطوي على حالة طوارئ، أو بتظلم لم يتم حله بشكل مُرضٍ من جانب خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، أو بتظلم ظل بدون حل لمدة تزيد عن ثلاثين (30) يوماً، يمكنك الاتصال بالإدارة لطلب المساعدة. وربما تكون مؤهلاً للعرض على مراجعة طبية مستقلة (IMR). فإذا كنت مؤهلاً للخضوع للمراجعة الطبية المستقلة، فإنها ستوفر مراجعة موضوعية للقرارات الطبية التي قدمتها خطة الرعاية الصحية فيما يتعلق بالضرورة الطبية للحصول على خدمة مقترحة أو علاج مقترح، أو قرارات التغطية للعلاجات ذات الطبيعة التجريبية أو البحثية، والنزاعات المتعلقة بدفع التكلفة لحالات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. ولدى الإدارة أيضاً خط هاتف مجاني رقمه **(1-888-466-2219)** وخط لأجهزة اتصالات المعاقين رقمه **(1-877-688-9891)** للمعاقين سمعياً وكلامياً. تتوافر على موقع الإنترنت الخاص بالإدارة **www.dmhc.ca.gov** استمارات للشكاوى وطلبات العرض على المراجعة الطبية المستقلة فضلاً عن التعليمات.