

نموذج تظلم

اسم العضو _____ رقم بطاقة الهوية _____

العنوان _____

رقم الهاتف: (المنزل) _____ (العمل) _____

يُرجى اختيار واحد مما يلي:

التظلم — هل تشعر بعدم الرضا عن شيء آخر بخلاف المزايا أو قرار مطالبة السداد الذي أصدرناه؟

الطعن — هل تشعر بعدم الرضا عن شيء آخر بخلاف المزايا أو قرار مطالبات السداد الذي أصدرناه؟

يُرجى شرح مشكلتك بالتفصيل باستخدام الأسماء، والتواريخ، وأماكن الخدمات، والوقت، والمشكلات التي وقعت. إذا أمكن ذلك، يُرجى شرح لماذا يجب على خطة UnitedHealthcare Community Plan of California النظر في سداد الخدمات المطلوبة التي لا تخضع للتغطية في العادة. يُرجى إرسال هذا النموذج المكتمل إلى العنوان الوارد في الأسفل.

اسم الممثل المفوض وعنوانه ورقم هاتفه، إن وجد:

(التاريخ)

(التوقيع)

خدمات الأعضاء

UnitedHealthcare Community Plan of California

Grievance and Appeals

P.O. Box 31364

Salt Lake City, UT 84131-0364

إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضدّ خطتك الصحية، فيجب عليك أولاً الاتصال هاتفياً بالخطّة الصحية على الرقم **1-866-270-5785**، الهاتف النصي **711** والقيام بإجراءات التظلم في خطتك الصحية قبل التواصل مع الإدارة. لا تمنع الاستفادة من إجراء التظلم هذا أيّ حقوق أو تدابير قانونية محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت تحتاج إلى المساعدة على تقديم تظلم بشأن حالة طارئة، أو تظلم لم تحلّ خطتك الصحية بصورة مرضية، أو تظلم استمرّ بدون حل لأكثر من 30 يوماً، فبإمكانك التواصل مع الإدارة لطلب المساعدة. قد تكون مؤهلاً لمراجعة طبية مستقلة (Independent Medical Review, IMR). إذا كنت مؤهلاً لمراجعة طبية مستقلة، فستقدّم هذه العملية مراجعة محايدة للقرارات الطبية التي اتخذتها الخطّة الصحية والمرتبطة بالضرورة الطبية لأيّ خدمات أو علاج مقترح، أو لقرارات تغطية العلاجات التي تُعدّ تجريبية أو بحثية في طبيعتها، وللخلافات المتعلقة بسداد تكاليف خدمات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. لدى الإدارة أيضاً رقم للاتصال المجاني (**1-888-466-2219**) وخط (**1-877-TDD**) (**688-9891**) لضعاف السمع والنطق. كما تتوفر على موقع الإدارة الإلكتروني www.dmhca.gov نماذج شكاوى، ونماذج المراجعة الطبية المستقلة، والتعليمات الإلكترونية.