

ارائه درخواست دادرسی منصفانه ایالتی از طریق شماره 952-5253 (800) می‌توانید خواستار دادرسی منصفانه ایالتی شوید. خدمات کنونی شما همچنان تا زمان صدور رای بدون وقفه ارائه خواهد شد. «مشتری» فقط پس از دریافت اطلاعیه (نامه) ما درباره تایید حکم تعلیق یا کاهش مزایای بیمه یا پس از پایان یافتن فرآیند استیناف می‌تواند خواستار دادرسی منصفانه ایالتی شود. اگر نتوانیم به الزامات اطلاعیه و زمان‌بندی پیش‌گفته عمل کنیم، فرض خواهد شد که فرآیند استیناف ما پایان یافته است و می‌توانید برای دادرسی منصفانه ایالتی اقدام کنید. مشتریان از تاریخ دریافت اطلاعیه حل و فصل 120 روز تقویمی برای ارائه درخواست دادرسی منصفانه ایالتی فرصت خواهند داشت.

دینفعان Medi-Cal می‌توانند شکایت خود را به تفضیل نشانی زیر تسلیم کنند:

Department of Health Care Services
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
یا با شماره 896-4042 (916) با «دفتر بازرسی» تماس بگیرید

افراد بدون پوشش **Medi-Cal** نیز می‌توانند برای طرح شکایت با «بخش سازگاری SUD» اداره خدمات درمانی به شماره 8333-685 (877) تماس بگیرند.

برای مشاهده فهرست کامل حقوق افراد گیرنده خدمات از مراکز اقامتی درمان سوءصرفه‌لکلی یا سوءمخدور، به www.bit.ly/consumer_forms مراجعه کنید.

Santa Clara County Behavioral Health Services Department
Attn: Quality Assurance Program
P.O. Box 28504, San Jose, CA 95159

Santa Clara County Behavioral Health Services Program
Attn: Quality Assurance Program
P.O. Box 28504, San Jose, CA 95159

Place stamp
here. Post
office will not
deliver with-
out first

ما در زمینه پر کردن فرمها و طی کردن دیگر روال‌های مربوط به شکایت یا استیناف، به شکل مناسب به شما کمک خواهیم کرد. این کمک شامل امکانات و خدمات جانبی، بنا به درخواست، مانند خدمات ترجمه و شماره‌های رایگان با قابلیت TTY/TTD و مترجم می‌شود.

ما تضمین می‌کنیم که افراد مسئول صدور رای درباره شکایت و استیناف افرادی هستند که:

- در هیچ‌یک از مراحل پیشین بازبینی یا تصمیم‌گیری شرکت نداشته‌اند یا زیردست چنین افرادی نیستند؛
- در زمینه تصمیم‌گیری درباره مسائل مرتبط با ضرورت پزشکی، شکایت یا استیناف فوری یا مسائل بالینی، از تخصص بالینی، بنا به تشخیص ما، در زمینه درمان مشکلات یا بیماری‌های مشتریان برخوردارند؛ و
- همه توضیحات، مدارک، پرونده‌ها و دیگر اطلاعات ارائه شده از سوی مشتری یا نماینده مرتبط را صرف‌نظر از ارائه یا بررسی این اطلاعات در روند صدور رای اولیه تعلیق یا کاهش مزایای بیمه، مد نظر قرار می‌دهند.

ما پرونده دعوای شما، شامل مدارک پزشکی، دیگر اسناد و مدارک، و شواهد جدید یا تکمیلی بررسی شده، را که ما یا پیمانکاران فرعی ما در فرآیند بازبینی حکم تعلیق یا کاهش مزایای بیمه مورد استناد قرار داده یا تهیه کرده‌ایم، در اختیار شما (و نماینده/ورثه شما) قرار می‌دهیم. این اطلاعات به صورت رایگان و با فاصله زمانی کافی پیش از پایان یافتن مهلت استیناف ارائه می‌شود.

حقوق شکایت و استیناف



خدمات بهداشت رفتاری
سانتا کلارا کانتی



فرآیند شکایت و استیناف فرآیند رسیدگی به شکایت/ استیناف در مورد حکم تعلیق یا کاهش مزایای بیمه شامل فرستادن رسید تأییدیه شکایت یا استیناف و اطلاعیه رسیدگی است.
انتهام‌جویی یا اعمال تبعیض بابت انتقاد یا استیناف ممنوع است. ما به تکتک موارد شکایت و استیناف رسیدگی می‌کنیم پاسخ را بر اساس فوریت و وضعیت پزشکی شما طبق زمان‌بندی زیر ارائه می‌کنیم. برای ابراز نارضایتی از مسائلی غیر از حکم تعلیق یا کاهش مزایای بیمه می‌توانید اقدام به طرح شکایت کنید. شکایت شامل حق اعتراض به مهلت پیشنهادی ما برای صدور رای مجوز نیز می‌شود. در هر زمان می‌توانید مدارک و شواهد را به همراه استدلال‌های حقوقی و واقعی به روش حضوری، تلفنی یا کتبی ارائه کنید. مدت رسیدگی استاندارد به شکایت از 90 روز تقویمی از تاریخ دریافت شکایت بیشتر نخواهد شد.

روش طرح شکایت:

- برای خدمات بهداشت روانی (MHS)، با شماره **793-5894 (408)** تماس بگیرید
- برای خدمات درمان سوء‌مصرف مواد مخدر (SUTS)، با **792-5666 (408)** تماس بگیرید
- این فرم یا نامه را پر کنید و با پست/ نمابر بفرستید شماره نمابر **SUTS: 408-947-8707** شماره نمابر **MHS: 408-288-6113**

استیناف استیناف به معنای ارائه درخواست بازبینی در مورد حکم تعلیق یا کاهش مزایای بیمه است. پس از دریافت اطلاعیه حکم تعلیق یا کاهش مزایای بیمه، از تاریخ مندرج بر روی اطلاعیه حکم تعلیق یا کاهش مزایای بیمه **60** روز تقویمی برای استیناف فرصت خواهید داشت. برای مشتریان فقط یک مرحله استیناف وجود دارد. پس از دریافت اطلاعیه تأیید حکم تعلیق یا کاهش مزایای بیمه، می‌توانید خواستار دادرسی منصفانه ایالتی شوید. درخواست استیناف را می‌توانید کتبی یا شفاهی ارائه کنید. در ضمن، جز در مورد درخواست رسیدگی فوری، ارائه درخواست استیناف کتبی و امضا شده پس از ارائه درخواست شفاهی استیناف الزامی است. در مدت رسیدگی به استیناف، مزایای شما ادامه خواهد یافت. درخواست شفاهی برای **بازبینی حکم تعلیق یا کاهش مزایای بیمه، استیناف** (برای تعیین زودترین تاریخ ممکن برای اعتراض) محسوب می‌شود و به صورت کتبی تأیید می‌شود، مگر این که شما یا ارائه‌دهنده شما خواستار رسیدگی فوری شده باشید/باشد.

حکم تعلیق یا کاهش مزایای بیمه یعنی رد شدن یا محدود شدن مجوز سرویس درخواست شده، شامل آرای مبتنی بر نوع یا سطح سرویس،

الزامات ضرورت پزشکی، تناسب، محیط یا کارآیی مزیت پوشش داده شده. ما سرویس قبلاً تأیید شده را کاهش می‌دهیم، تعلیق می‌کنیم یا متوقف می‌سازیم. رد شدن کلی یا جزئی پرداخت هزینه خدمات. توقف ارائه خدمات به شکل بهنگام. رعایت نشدن مهلت مربوط به رسیدگی استاندارد به شکایت و استیناف. برای ساکنان مناطق روستایی، رد شدن درخواست فرد ثبت‌نام‌کننده در زمینه استفاده از حق بهره‌مندی از خدمات خارج از شبکه. رد شدن درخواست مشتری درباره اعتراض به مسئولیت مالی، شامل سهم هزینه، سهم بیمار، حق بیمه، فرانشیز، سهم بیمه و دیگر مسئولیت‌های مالی مشتری.

استیناف فوری رسیدگی استاندارد به استیناف از تاریخ دریافت درخواست استیناف بیش از **30** روز تقویمی زمان نمی‌برد؛ مگر این که این مدت بنا به درخواست شما **14** روز دیگر تمدید شود. ما تصمیم می‌گیریم که وجود اطلاعات بیشتر یا به تعویق افتادن رسیدگی به سود شما خواهد بود یا خیر.

رسیدگی فوری به استیناف 72 ساعت پس از دریافت نامه *استیناف*. این مهلت را می‌توان بنا به درخواست شما تا **14** روز دیگر تمدید کرد. همچنین اگر ضرورت کسب اطلاعات بیشتر یا به تعویق افتادن رسیدگی (بر اساس استانداردهای ایالتی) به سود شما تشخیص داده شود، این مهلت ممکن است تمدید شود. اگر این مهلت تمدید شود، ما: با اقدامات معقول سعی می‌کنیم تاخیر را به صورت شفاهی به اطلاع شما برسانیم و **اطلاعیه** مربوط به دلیل صدور رای تمدید مهلت را ظرف **2** روز تقویمی به شما ارائه کنیم و شما را از حق **شکایت** در صورت معترض بودن به این رای، آگاه کنیم. ما بر اساس فوریت پزشکی مشتری و پیش از سپری شدن دوره اضافه به **استیناف** رسیدگی می‌کنیم.

رسیدگی فوری به استیناف. اگر (برای درخواست فرد ثبت‌نام‌کننده) تشخیص دهیم یا اگر **ارائه‌دهنده** (مسئول ارائه درخواست از طرف شما یا تأیید درخواست شما) نشان دهد که صرف وقت برای رسیدگی استاندارد ممکن است جان، سلامت جسمی یا روانی یا امکان دستیابی، حفظ یا بازیابی حداکثر عملکرد را به خطر بیندازد، رسیدگی فوری به شکایت و/ یا استیناف ضرورت می‌یابد. اگر درخواست رسیدگی فوری به **استیناف** را رد کنیم، باید شکایت و/ یا **استیناف** را در مهلت استاندارد رسیدگی (که در بالا ذکر شد) بررسی کنیم.

فرم شکایت

<input type="text"/>	شکایت	<input type="text"/>	استیناف
<input type="text"/>	شکایت فوری	<input type="text"/>	استیناف فوری
نام مشتری / مصرف‌کننده		تاریخ تولد	
نشانی		شهر/ ایالت/کد پستی	
تلفن		برنامه/کارمند	

مشکل یا نگرانی را شرح دهید:

این برگه را پس از جاکردن و مهر زدن، بازگردانید.