

ما در Health Net Community Solutions (Health Net) به نگرانی‌های شما اهمیت می‌دهیم. اگر با تصمیم اتخاذ شده موافق نیستید، شما یا شخصی از طرف شما می‌توانید بابت آن خدماتی که تایید نشده‌اند درخواست استیناف دهید. اگر از مراقبت یا روند درمانی که دریافت کرده‌اید راضی نیستید، می‌توانید شکایت خود را ثبت کنید.

اگر ارائه‌دهنده شما یا شخصی که انتخاب می‌کنید از طرف شما درخواست تجدیدنظر یا شکایت کند، باید رضایت کتبی شما را دریافت کنیم. برای دریافت سوابق پزشکی مربوط به درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما، ممکن است به رضایت کتبی شما نیاز داشته باشیم. برای دریافت این فرم‌ها می‌توانید از طریق شماره 1-800-675-6110 با اداره خدمات اعضای Health Net تماس بگیرید یا به [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) مراجعه کنید.

- فرم نماینده مجاز
- فرم دسترسی به مدارک پزشکی

تمام مدارک یا اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر یا شکایت خود را وارد کنید. می‌توانید یکی از راه‌های زیر را برای ارسال درخواست تجدیدنظر یا شکایت خود انتخاب کنید.

- با بخش خدمات اعضای Health Net از طریق شماره 1-800-675-6110 تماس بگیرید. خدمات ترجمه در صورت نیاز ارائه می‌شود.
- (TTY: 711) برای اشخاصی دارد که مشکلات شنوایی و گفتاری دارند.
- فرم تجدیدنظر یا شکایت را به صورت آنلاین تکمیل کنید در: [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)
- این فرم را پر کرده و از طریق پست یا فکس برگردانید.

از طریق پست: Health Net Community Solutions

Member Appeals and Grievance Department :Attn

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

یا

فکس 1-877-831-6019

اطلاعات مورد نیاز اعضا در قالب‌های دیگری مانند خط بریل، چاپ بزرگ، صوتی و غیره در دسترس هستند.

**بخش 1: اطلاعات عضو**

نام و نام خانوادگی:	شماره شناسه:	تاریخ تولد:
نشانی:	شهر:	زیپ کد:
شماره تلفن:	بهترین زمان برای تماس:	

**بخش 2: اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر یا شکایت**

نام ارائه دهنده:	تاریخ خدمات/رویداد:
شماره(های) مطالبات:	شماره(های) پیگیری:

نگرانی(ها) و اقدام مورد نظر خود را به ما بگویید. شامل این موارد: نام ارائه دهنده، تاریخ(های) خدمات، شماره(های) مطالبه یا پیگیری.

برای درخواست تجدیدنظر: یک نسخه از نامه «اعلامیه اقدامات» را ضمیمه کنید.

اگر درخواست شما برای درمان یا تجهیزات آزمایشی رد شده است و بیماری را علاج دارید، می‌توانید درخواست کنفرانس کنید.

من به بیماری را علاج مبتلا هستم و تقاضای کنفرانس دارم.

از تاریخ این «اعلامیه اقدامات»، 60 روز تقویمی فرصت دارید که درخواست تجدیدنظر را تسلیم کنید. «اعلامیه اقدامات» یک نامه رسمی است که در آن به شما می‌گوییم چه سرویس(های) را رد می‌کنیم، به تأخیر می‌اندازیم، تغییر می‌دهیم یا پایان می‌دهیم. شما می‌توانید در هر زمانی شکایت خود را ارائه دهید.

اگر درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما به خطری فوری یا جدی برای سلامتی شما مربوط می‌شود، درخواست بررسی سریع کنید. ما درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما را ظرف 72 ساعت از زمان دریافت آن بررسی خواهیم کرد.

پس از دریافت درخواست تجدیدنظر یا شکایت، شما ظرف پنج (5) روز تقویمی نامه‌ای دریافت خواهید کرد.

کارمند Health Net که روی پرونده شما کار می‌کند، ممکن است برای کسب اطلاعات بیشتر با شما تماس بگیرد.

اگر از نحوه رفع نگرانی‌های خود توسط Health Net راضی نیستید، با DMHC یا DHCS تماس بگیرید.

### سازمان مراقبت درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC)

سازمان مراقبت درمانی هماهنگ کالیفرنیا مسئول نظارت بر برنامه های خدمات مراقبت درمانی می باشد. اگر بر علیه برنامه درمانی خود شکایت دارید، باید در ابتدا به برنامه درمانی خود تلفن کنید (1-800-675-6110، یا TTY:711) و قبل از تماس با این اداره از روال شکایت برنامه درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این فرآیند نارضایتی، شما را از هرگونه حقوق یا راه حل‌های قانونی احتمالی که ممکن است در اختیارتان باشد محروم نمی‌کند. اگر در رابطه با نارضایتی که مربوط به مواقع اضطراری می شود، نارضایتی که به طور رضایتبخش توسط برنامه درمانی تان حل و فصل نشده یا نارضایتی که برای بیش از 30 روز حل نشده باقی مانده به کمک نیاز دارید، می‌توانید برای دریافت کمک با این اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است برای «بررسی مستقل پزشکی» (Independent Medical Review, IMR) واجد شرایط باشید. اگر برای بررسی مستقل پزشکی (IMR) واجد شرایط باشید، روال بررسی مستقل پزشکی (IMR) به طریقی بی طرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذ شده توسط برنامه درمانی را مورد رسیدگی قرار می دهد. این تصمیمات می تواند در رابطه با لزوم دریافت خدمات یا معالجه پیشنهاد شده، تصمیمات مربوط به پوشش برای معالجات با ماهیت تجربی یا تحقیقاتی و اختلافات در میزان هزینه خدمات پزشکی اضطراری یا فوری باشد. همچنین سازمان یک شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219) و یک خط TDD (شماره 1-877-688-9891) برای افراد دارای ناتوانی گفتاری و شنیداری دارد. وبسایت این اداره به آدرس [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) حاوی فرم های شکایت، فرم های تقاضا برای بررسی مستقل پزشکی (IMR) و دستورالعمل های آنلاین است.

**دفتر بازرس کل اداره خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا (DHCS)**

برای دریافت کمک همچنین می‌توانید با دفتر بازرس کل اداره خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا (DHCS) تماس بگیرید. دفتر بازرس کل به ذینفعان Medi-Cal کمک می‌کند تا از حقوق و مسئولیت‌های خود به عنوان عضوی از یک طرح مراقبت مدیریت شده استفاده کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر، با شماره تلفن رایگان **1-888-452-8609** تماس بگیرید.

تاریخ

امضای عضو یا نماینده مجاز

نام کامل عضو یا نماینده مجاز

**English:** If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

**Arabic:** إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم 1-800-675-6110 (TTY: 711) تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

**Armenian:** Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, գանգախարհք 1-800-675-6110 (TTY 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

**Cambodian:** ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាទម្រង់ PDF សម្រាប់អ្នកពិការ និងឯកសារត្រឹមត្រូវជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

**Chinese:** 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电1-800-675-6110 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如无障碍 PDF 和大字版文档。这些服务免费为您提供。

**Farsi:** اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس‌پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

**Hindi:** यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

**Hmong:** Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

**Japanese:** ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

**Korean:** 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

**Laotian:** ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

**Mien:** Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-800-675-6110 (TTY: 711). JomcCaux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buac Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

**Punjabi:** ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Russian:** Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

**Spanish:** Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

**Tagalog:** Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

**Thai:** หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

**Ukrainian:** Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1 800 675 6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

**Vietnamese:** Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.

Health Net تابع قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال است و بر مبنای نژاد، رنگ پوست، تبار ملی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، جنس (شامل وضعیت بارداری، گرایش جنسی و هویت جنسی)، مذهب، اصل و نسب، هویت قومی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل یا جنسیت، افراد را مورد تبعیض قرار نمی‌دهد یا با آن‌ها رفتار متفاوتی ندارد.

## Health Net:

- کمک‌ها و خدمات رایگان به افراد معلول ارائه دهد تا بتوانند به‌طور مؤثر با ما ارتباط برقرار کنند؛ خدماتی مانند:
  - مترجمان مجرب زبان اشاره
  - اطلاعات کتبی در سایر فرمت‌ها (چاپ درشت، فرمت صوتی، قالب‌های الکترونیک مناسب معلولان، و سایر فرمت‌ها)
  - خدمات زبانی رایگان به افرادی ارائه می‌دهد که زبان اصلی‌شان انگلیسی نیست؛ خدماتی مانند:
    - مترجمان شفاهی واجد شرایط
    - اطلاعات مکتوب به زبان‌های دیگر
  - اگر به این خدمات نیاز دارید، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته و 365 روز سال با مرکز تماس مشتریان Health Net به شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید.

در صورت درخواست، این سند با خط بریل، چاپ درشت، کاست صوتی یا در قالب الکترونیک نیز قابل ارائه است. برای دریافت یک نسخه از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با ما تماس بگیرید یا به این نشانی نامه بفرستید:

## Health Net

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103

مرکز تماس مشتریان: (TTY: 711) 1-800-675-6110

شماره رله California: 711

اگر فکر می‌کنید که Health Net بر مبنای نژاد، رنگ پوست، تبار ملی، سن، جنس (شامل وضعیت بارداری، گرایش جنسی و هویت جنسی)، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، مذهب، اصل و نسب، هویت قومی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل یا جنسیت، در ارائه این خدمات قصور داشته یا افراد را مورد تبعیض قرار داده است، می‌توانید نزد هماهنگ‌کننده 1557 شکایت ثبت کنید.

می‌توانید به‌صورت حضوری، پستی یا از طریق ایمیل، شکایت ثبت کنید. اگر در ثبت شکایت نیاز به کمک دارید، **هماهنگ‌کننده 1557** ما آماده کمک به شماست.

• تلفن: با شماره (TTY: 711) 855-577-8234 تماس بگیرید

• فکس: 1-866-388-1769

• پست: نامه‌ای بنویسید و به این نشانی پست کنید: Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631

الکترونیک: به نشانی [SM\\_Section1557Coord@centene.com](mailto:SM_Section1557Coord@centene.com) ایمیل بفرستید این اطلاعیه در وبسایت Health Net به این نشانی موجود است: [https://www.healthnet.com/content/healthnet/en\\_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html](https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html)

همچنین می‌توانید به‌صورت تلفنی، مکاتبه پستی یا الکترونیک، شکایتی را نزد دفتر حقوق مدنی، اداره خدمات مراقبت از سلامت California ثبت کنید:

• تلفن: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر اختلال گفتاری یا شنوایی دارید، لطفاً با 711 تماس بگیرید.

• مکاتبه پستی: فرم شکایت پر کنید یا نامه‌ای بنویسید و به این نشانی پست کنید: Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت در این نشانی موجود هستند: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

• الکترونیک: به این نشانی ایمیل بفرستید: [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

همچنین می‌توانید نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، به‌صورت الکترونیک از طریق درگاه شکایات دفتر حقوق مدنی به نشانی <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> یا از طریق نشانی پستی یا شماره تلفن زیر، شکایت حقوق مدنی ثبت کنید:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html> فرم‌های شکایت در این نشانی موجود هستند: