

در صورتی که از کیفیت خدماتی که دریافت می‌کنید ناراضی هستید یا اگر درباره رد، کاهش، تأخیر یا لغو خدمات خود نگران شدید، لطفاً ما را در جریان بگذارید. برای بررسی شکایت شما یک فرآیند مشخص وجود دارد. ما می‌خواهیم برای حل و فصل موضوع با شما کار کنیم.

می‌توانید از یک دوست، خویشاوند یا هر شخص دیگری به انتخاب خود بخواهید به‌عنوان نماینده از طرف شما فعالیت کند. چنانچه فرد دیگری را به عنوان نماینده تعیین کرده اید، قبل از اینکه با نماینده تان در مورد وضعیت شما صحبت کنیم باید اجازه کتبی شما را داشته باشیم.

شکایت

هر زمان که از خدمات ارائه شده توسط خدمات سلامت رفتاری رضایت نداشتید، می‌توانید یک شکایت تنظیم کنید. برای تنظیم شکایت راه‌های زیادی وجود دارد:

- می‌توانید از فرم شکایت/تجدیدنظر و پاکت آدرس دار که در این محل ارائه می‌شوند استفاده کنید، یا به این وبسایت مراجعه کنید:

www.ocalthinfo.com/dmc-ods

- می‌توانید با شماره (866) 308-3074 یا TDD (866) 308-3073 تماس بگیرید و با شخصی صحبت کنید که شکایت شما را دریافت و ارسال می‌کند.
- می‌توانید به ارائه‌دهنده درمان (کارکنان و یا نماینده مرکز درمانی) بگویید که مایل هستید یک شکایت تنظیم کنید، این افراد به شما در تکمیل و ارسال یک فرم شکایت/تجدیدنظر کمک می‌کنند.

درخواست تجدیدنظر

اگر یکی از افراد ذینفع Medi-Cal هستید، بعضی از خدمات مورد نیاز شما باید پیش از دریافت به تأیید طرح سلامت شما برسند. زمانی که ارائه‌دهنده سلامت رفتاری شما معتقد است شما به خدمات مستمر نیاز دارید، اما طرح سلامت شما یکی از این خدمات از پیش تأییدشده را نمی‌پذیرد، کاهش می‌دهد، به تأخیر می‌اندازد یا لغو می‌کند، می‌توانید درخواست کنید این اقدام بررسی شود. اگر طرح به دلیل اینکه طرح تشخیص داد خدمات مورد درخواست شما ضرورت پزشکی ندارند آن را به شما ارائه نکرد، می‌توانید درخواست بررسی این تصمیم را داشته باشید. به این فرآیند، تجدیدنظر گفته می‌شود. برای تنظیم یک شکایت، سه راه وجود دارد.

اگر معتقد هستید که ممکن است تأخیر در تصمیم‌گیری باعث به خطر افتادن سلامت رفتاری شما شود، از جمله به توانایی شما در بازیابی، حفظ یا رسیدن به عملکردهای مهم روزانه آسیب برسد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر تسریع شده داشته باشید که ظرف مدت 72 ساعت به نتیجه برسد.

- می‌توانید از یک فرم شکایت/تجدیدنظر و پاک آدرس دار که در محل ارائه می‌شود، استفاده کنید، یا به این وبسایت مراجعه کنید:
www.ochealthinfo.com/dmc-ods
- می‌توانید با شماره 308-3074 (866) یا 308-3073 (866) TDD تماس بگیرید و با شخصی صحبت کنید که شکایت شما را دریافت و ارسال می‌کند.
- می‌توانید به ارائه‌دهنده درمان (کارکنان و یا نماینده مرکز درمانی) بگویید که مایل هستید یک شکایت تنظیم کنید، این افراد به شما در تکمیل و ارسال یک فرم شکایت/تجدیدنظر کمک می‌کنند.

رسیدگی عادلانه ایالتی

- اگر یکی از افراد ذینفع Medi-Cal هستید و طرح سلامت یکی از خدمات تأییدشده شما را نپذیرفته، کاهش داده، به تأخیر انداخته یا خاتمه داده است، پس از شرکت در فرآیند تجدیدنظری که در بالا توضیح داده شد می‌توانید درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی داشته باشید. شما به سه روش می‌توانید این فرآیند را شروع کنید:
- فرم درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی را از طریق وبسایت ایالت کالیفرنیا به نشانی زیر، تکمیل کنید:

<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>

- اگر یک فرم اطلاعاتیه مخالفت با مزایا را دریافت کرده‌اید، فرم درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی و دستورالعمل تکمیل آنرا هم به همراه بقیه مدارک دریافت خواهید کرد.
 - شما همچنین می‌توانید با ایالت کالیفرنیا مستقیماً از طریق شماره 952-5253-800 یا 800-952-8349 برای TDD تماس بگیرید.
- اگر در این باره نگرانی دارید، لطفاً با مدیر برنامه یا سرپرست خدمات تماس بگیرید تا مشخص شود که آیا امکان حل و فصل مسئله وجود دارد یا خیر. اگر ترجیح می‌دهید نگرانی خود را به صورت یک شکایت رسمی تنظیم کنید، می‌توانید آن را در غالب یکی از فرم‌های موجود در این محل ارسال کنید، یا با نماینده ارائه‌دهنده خدمات در محل تماس بگیرید تا به شما در تنظیم شکایت کمک کنند.

نماینده ارائه‌دهنده این موقعیت:
شماره تلفن: