

نحن راغبون في معرفة إذا ما كنت غير راضٍ عن جودة الرعاية المقدمة لك أو إذا ما كانت لديك مخاوف بشأن رفض أو تقليل أو تأخير أو إنهاء الخدمات التي تحصل عليها. هناك إجراءات لفحص شكاواك. ونحن نريد أن نتعاون معك من أجل حلها.

يمكنك أن تطلب من أحد الأقارب أو الأصدقاء أو أي شخص تختاره، أن يكون ممثلًا مفوضًا بالنيابة عنك. إذا قمت بتعيين شخص آخر لتمثيلك، فسنحتاج إلى تفويضك الكتابي قبل أن نتمكن من التحدث معه حول وضعك

التظلم

يمكنك تقديم تظلم عندما تكون غير راضٍ عن الخدمات التي تقدمها منظمة خدمات الصحة السلوكية. وهناك عدة طرق لتقديم التظلم:

- يمكنك استخدام نموذج التظلم/الطعن والمظروف الذي يحمل اسم وعنوان المُرسل المتاحين لك في هذا الموقع، أو عبر الإنترنت على www.ochealthinfo.com/dmc-ods
- يمكنك الاتصال على الرقم 308-3074 (866) أو على رقم الهاتف الخاص بأصحاب الإعاقات السمعية 308-3073 (866) والتحدث مع أحد الأشخاص، وسيقوم هذا الشخص بقبول تظلمك وتقديمه.
- يمكنك إخبار مقدم العلاج (سواء طاقم العمل أو ممثل المنشأة) بأنك ترغب في تقديم تظلم، وسوف يقوم بإكمال نموذج التظلم/الطعن معك وتقديمه بالنيابة عنك.

الطعن

إذا كنت أحد المستفيدين من برنامج Medi-Cal، يلزم حصول بعض الخدمات على تصريح مسبق من قبل الخطة الصحية الخاصة بك قبل تلقيك لها. عندما يرى مقدم خدمات الصحة السلوكية الخاص بك أنك بحاجة لتلقي خدمات مستمرة، ولكن الخطة الصحية الخاصة بك ترفض أو تُقلل أو تؤخر أو تنتهي أيًا من خدماتك المصرح بها مسبقًا، يمكنك طلب مراجعة هذا الإجراء. وهذه العملية تسمى بالطعن. إذا تم رفض حصولك على الخدمات لأن الخطة الصحية قررت أنها غير ضرورية من الناحية الطبية، يمكنك طلب مراجعة هذا الإجراء. وتسمى هذه العملية أيضا بالطعن. هناك ثلاث طرق لتقديم الطعن.

يمكنك طلب طعن عاجل، والذي يتعين البت فيه خلال 72 ساعة، إذا كنت تعتقد أن التأخير من شأنه أن يسبب مشكلات خطيرة تتعلق بصحتك السلوكية، بما في ذلك المشكلات التي تتعلق بقدرتك على اكتساب الوظائف الحياتية المهمة أو الحفاظ عليها أو استعادتها.

- يمكنك استخدام نموذج التظلم/الطعن والمظروف الذي يحمل اسم وعنوان المُرسل المتاحين لك في هذا الموقع، أو عبر الإنترنت على www.ochealthinfo.com/dmc-ods

- يمكنك الاتصال على الرقم 308-3074 (866) أو على رقم الهاتف الخاص بأصحاب الإعاقات السمعية 308-3073 (866) والتحدث مع أحد الأشخاص، وسيقوم هذا الشخص بقبول طعنك وتقديمه.
- يمكنك إخبار مقدم العلاج (سواء طاقم العمل أو ممثل المنشأة) بأنك ترغب في تقديم طعن، وسوف يقوم بإكمال نموذج التظلم/الطعن معك وتقديمه بالنيابة عنك.

جلسة الاستماع العادلة التابعة للولاية

إذا كنت أحد المستفيدين من برنامج Medi-Cal، وكانت خطتك الصحية ترفض أو تُقلل أو تؤخر أو تنهي أيًا من خدماتك المصرح بها مسبقًا، يمكنك طلب عقد جلسة استماع عادلة تابعة للولاية بعد أن تكون قد أنهيت إجراءات الطعون المذكورة أعلاه. وهناك ثلاث طرق للبدء في هذا الإجراء:

- إكمال نموذج طلب عقد جلسة استماع عادلة تابعة للولاية، المتاح على موقع الويب الخاص بالولاية

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

- إذا تلقيت نموذج إشعار بقرار سلبي يتعلق بالمخصصات (Adverse Benefit Determination)، سوف تجد التعليمات ونموذج "طلب جلسة استماع عادلة للولاية" مرفقًا بالحزمة.

- يمكنك الاتصال بولاية كاليفورنيا مباشرة على **(800) 952-5253** أو على رقم الهاتف الخاص بأصحاب الإعاقات السمعية **(800) 952-8349**.

إذا كانت لديك أي مخاوف، يرجى التحدث إلى رئيس الخدمات أو مدير البرنامج لتحديد إذا ما كانت المشكلة قابلة للحل. إذا كنت تفضل تقديم المسألة التي تثير مخاوفك كتظلم رسمي، يمكنك تقديمها من خلال أحد النماذج المتوفرة في هذا الموقع، أو يمكنك التواصل مع ممثل مُقدم الخدمات الخاص بالموقع لمساعدتك في تقديم التظلم.

ممثل مُقدم الخدمات الخاص بهذا الموقع هو:
رقم الهاتف هو: