State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
CONSUMER COMPLAINT FORM-Arabic
DMHC 20-081 New: 01/02 Rev: 09/12

نموذج الشكوى

قم بملء وتوقيع هذا النموذج إذا قمت بتقديم شكوى أو تظلم بشأن البرنامج الصحي (Health Plan) الذي تخضع له و:

- إن لم تكن راضياً عن قرار البرنامج الخاص بك/*و*
- إن لم تتسلم قرار البرنامج الخاص بك في خلال 30 يوماً.

إذا أردت منح شخص آخر التصريح اللازم لمعاونتك في الشكوى الخاصة بك، فيجب عليك إكمال نموذج تصريح بالمساعدة.

إذا كانت الشكوى تتعلق بخطر شديد على الصحة، اتصل بمركز مساعدة HMO الآن. الاتصال بهذه الأرقام مجاني.

1-888-466-2219 / TDD 1-877-688-9891

معلومات المريض

الاسم الأول _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط_____ الاسم الأخير _____

اسم ولي الأمر أو الوصي إذا كان هذا المستند يُقدم لطفل قاصر _____

عنوان الشارع _____

مدينة _____ولاية _____الرمز البريدي _____

رقم هاتف الاتصال بالنهار _____رقم هاتف الاتصال بالمساء _____

اسم البرنامج الصحي _____

رقم عضوية المريض* _____تاريخ ميلاد المريض (شهر/ يوم/عام)_____

اسم المجموعة الطبية* _____رقم المجموعة الطبية* _____

***مدون على بطاقة التأمين الخاصة بك**

1. هل أنت مشترك في Medi-Cal؟ ☐ نعم ☐ لا
2. هل أنت مشترك في Medicare أو Medicare Advantage؟ ☐ نعم ☐ لا
3. هل قمت بتقديم شكوى أو تظلم بشأن البرنامج الصحي الذي تخضع له؟ ☐ نعم ☐ لا
4. هل ألغت الخطة الصحية التأمين الخاص بك؟ ☐ نعم ☐ لا
5. يرجى توضيح الشكوى الخاصة بك: (استخدم ورقة منفصلة إذا لزم الأمر)

على سبيل المثال: ما هي الخدمة التي قمت بطلبها من البرنامج الصحي الذي تخضع له أو من جهة تقديم الرعاية؟
ما المشكلة في الخدمة التي تلقيتها عليها من البرنامج الصحي الذي تخضع له أو من جهة تقديم الرعاية؟
ما هي مشكلة السداد التي تعرضت لها مع البرنامج الصحي الذي تخضع له أو من جهة تقديم الرعاية؟

_____

_____

_____

6 ما هي المشكلة الصحية أو التشخيص المتعلق بهذه الشكوى؟

_____

_____

7 ما هو العلاج الذي تلقيته لهذه المشكلة الصحية؟

_____

_____

8 يرجى ذكر المعالجين الذين قاموا بعلاجك من مشكلتك الصحية، إذا توفرت لديك أسماؤهم.

_____

_____

9 هل قمت بتقديم شكوى أخرى بشأن هذه المشكلة لمركز مساعدة HMO أو إلى جهة حكومية أخرى؟

☐ إلى مركز مساعدة HMO؟ ملف الشكوى رقم (إذا كان معلوماً) _____

☐ إلى جهة حكومية أخرى؟ ملف الشكوى رقم (إذا كان معلوماً) _____

يرجى ذكر الجهة الحكومية: _____

10 أرفق **نسخاً** من المستندات المتعلقة بشكواك الخاصة بك، مثل الحرمان من الخدمة و التظلم المقدم إلى البرنامج الصحي والردود التي وردت بشأنه والفواتير وشرح للإعانات.

لا يمكننا إرجاع الأصول.

11 أطلب أنا من إدارة الرعاية الصحية (DMHC) أن تساعدني في اتخاذ قرار بشأن مشكلتي الخاصة بالبرنامج الصحي الذي أخضع له. إنني أتفهم أنه سوف يتم إرسال نسخة من الشكوى إلى البرنامج الصحي الذي أخضع له. وإنني أسمح لجهات تقديم الرعاية الصيحة الحالية والماضية وللبرنامج الصحي الذي أخضع له أن يقدموا سجلاتي الصحية إلى إدارة DMHC. قد تشمل هذه السجلات تقارير طبية أو تقارير خاصة بالصحة العقلية أو إدمان المخدرات أو HIV أو تقارير أشعة تشخيصية وسجلات أخرى متعلقة بحالتي. وقد تتضمن هذه السجلات أيضاً سجلات غير طبية وأية معلومات أخرى متعلقة بحالتي. أسمح لإدارة DMHC بمراجعة هذه السجلات والمعلومات. ينتهي الإذن الصادر عني بعد عام من التاريخ المدون بالأسفل، باستثناء ما يقره القانون. على سبيل المثال، يسمح القانون لإدارة DMHC بمتابعة استخدام المعلومات الخاصة بي داخل نطاق هذه الإدارة. يمكنني إنهاء الإذن قبل هذا التاريخ إذا أردت. جميع المعلومات الواردة في هذه الورقة صحيحة.

هل نموذج التصريح بالمساعدة مرفق؟ ☐ نعم ☐ لا

توقيع المريض أو ولي الأمر _____ التاريخ _____

قم بإرسال النموذج عبر البريد أو الفاكس إلى: **Help Center, Department of Managed Health Care, Complaint Unit, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814 فاكس: 916-255-5241**

State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM_Arabic
DMHC 20-160 New: 04/06 Rev: 09/12

Department of Managed Health Care Help Center

نموذج تصريح بالمساعدة

- إذا أردت منح شخص آخر التصريح لمعاونتك في مستند المراجعة الطبية المستقلة (IMR) أو في إحدى الشكاوى، يمكنك إكمال الجزئين A وB بالأسفل.
- إذا كنت أحد الوالدين أو وصياً قانونياً وتقدم IMR أو شكوى لطفل دون 18 سنة، ليس عليك إكمال هذا النموذج.
- إذا كنت تقدم IMR أو شكوى لمريض لا يستطيع إكمال هذا النموذج لأنه قد يكون غير قادر أو معاق وتتوافر لديك السلطة القانونية لتمثيل هذا المريض، يرجى إكمال الجزء B فقط. عليك أيضاً بإرفاق نسخة من التوكيل الرسمي بقرارات الرعاية الصحية أو مستندات أخرى تنص على أنه يمكنك اتخاذ قرارات لهذا المريض.

الجزء A: المريض

أسمح أنا للشخص المذكور أدناه في الجزء B أن يساعدني في IMR أو الشكوى المقدمة للإدارة

إدارة الرعاية الصحية أسمح أنا لطاقم DMHC وIMR بمشاركة المعلومات بشأن حالتي الطبية ومساعدة الشخص المذكور أدناه. قد تتضمن هذه المعلومات علاج الصحة العقلية، أو علاج أو اختبار HIV، أو علاج من الكحول أو المخدرات، أو أية معلومات أخرى تخص الرعاية الصحية.

إنني أتفهم أنه لا تتم مشاركة أية معلومات إلا التي تخص IMR أو الشكوى متعلقة بي.

كما أن موافقتي على هذه المساعدة طواعية ولدي الحق في إنهائها، فإن أردت إنهاءها، يجب أن أقوم بذلك كتابةً.

توقيع المريض _____ التاريخ _____

الجزء B: الشخص المساعد للمريض

اسم الشخص المساعد (اكتب الاسم بأحرف منفصلة) _____

توقيع الشخص المساعد _____

العنوان _____

العلاقة بالمريض _____

رقم هاتف الاتصال بالنهار: _____

رقم هاتف الاتصال بالمساء: _____

☐ التوكيل الرسمي الصادر عني لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية أو المستند القانوني الآخر مرفق.

DEPARTMENT OF Managed Health Care Help Center

هذا الإشعار يتطلبه القانون*

إن قانون Knox-Keene المطبق في ولاية كاليفورنيا يمنح إدارة الرعاية الصحية (DMHC) التصريح لتنظيم البرامج الصحية والتحقيق في الشكاوى من أعضاء البرنامج الصحي.

- يقوم مركز مساعدة DMHC في إدارة HMO باستخدام المعلومات الشخصية للتحقيق في مشكلتك مع البرنامج الصحي الذي تخضع له ويقدم مراجعة طبية مستقلة (Independent Medical Review) إذا كنت مؤهلاً لهذا الإجراء.

- إنك تقدم هذه المعلومات طواعية، ولست مضطراً لإعطائنا هذه المعلومات.

- ولكن إذا لم تقم بإعطائنا المعلومات، فقد لا نتمكن من التحقيق في الشكوى الخاصة بك أو تقديم مراجعة طبية مستقلة.

- قد نقوم بمشاركة معلوماتك الشخصية، كلما لزم الأمر، مع البرنامج الصحي والأطباء الذين يقومون بإجراء المراجعة الطبية المستقلة، حسبما يتطلب القانون أو وفقاً لما يسمح به.

- قد نقوم أيضاً بمشاركة معلوماتك مع جهات حكومية أخرى حسبما يتطلب القانون أو وفقاً لما يسمح به.

- يحق لك الاطلاع على معلوماتك الشخصية. للقيام بهذا الأمر، اتصل بمنسق طلب سجلات DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, (916) 322-6727.

* إن القانون الذي يتطلب هذا الإشعار هو قانون التصرف في المعلومات (Information Practices Act) لعام 1977 (القانون المدني لولاية كاليفورنيا قسم 1798.17).