

فرایند رسیدگی به شکایات و تجدیدنظر



اگر نسبت به خدمات سلامت رفتاری خود نگرانی، مشکل یا نارضایتی دارید، طرح سلامت رفتاری (BHP) مایل است اطمینان حاصل کند نگرانی‌هایتان به‌صورت ساده و سریع حل‌وفصل شود. شما یا نماینده قانونی‌تان می‌توانید شکایت یا درخواست تجدیدنظر خود را از طریق تماس با دفتر حمایت از بیمه‌شدگان به شماره تلفن رایگان 1(800) 779-0787 ثبت نمایید. همچنین می‌توانید از ارائه‌دهنده خدمات خود بپرسید آیا دارای رویه داخلی رسیدگی به شکایات هستند یا خیر. **لطفاً برای ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر از «فرم درخواست رسیدگی به شکایت و تجدیدنظر» استفاده نمایید.** لطفاً توجه داشته باشید که درخواست تجدیدنظر صرفاً باید از طریق دفتر کمک به مشتری ثبت شود و امکان ثبت آن نزد ارائه‌دهنده خدمات وجود ندارد. شما به‌دلیل ثبت شکایت یا تجدیدنظر، مورد تبعیض یا هرگونه جریمه قرار نخواهید گرفت.

شکایت به معنای ابراز نارضایتی از هر موضوع مرتبط با خدمات سلامت رفتاری دریافتی شماست، به‌استثنای مواردی که در فرایندهای «تجدیدنظر» و «رسیدگی عادلانه ایالتی» که در ادامه توضیح داده شده‌اند، قرار می‌گیرند. «نمونه‌هایی از شکایت می‌تواند به‌صورت زیر باشد: کیفیت مراقبت یا خدمات ارائه‌شده، جنبه‌های روابط بین‌فردی – مانند رفتار نامناسب کارکنان و غیره.

مراحل ارائه شکایت:

- طرح شکایت به صورت شفاهی یا کتبی. نیاز نیست شکایت شفاهی به شکل کتبی نیز مطرح شود. می‌توانید به شخص دیگری اجازه دهید از طرف شما اقدام کند.
- می‌توانید شکایت خود را در هر زمانی ثبت کنید.
- پس از دریافت شکایت شما، تأییدیه کتبی دریافت شکایت حداکثر ظرف 5 روز تقویمی از تاریخ وصول شکایت، از طریق پست برای شما ارسال خواهد شد.
- طرح سلامت رفتاری (BHP) موظف است حداکثر ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت شکایت شما، آن را بررسی کند و نتیجه تصمیم‌گیری را به صورت کتبی به شما یا نماینده قانونی شما ابلاغ نماید. در صورتی که رسیدگی به شکایت شما ظرف مهلت 30 روز تقویمی به نتیجه نرسد، ابلاغیه‌ای فوری به صورت شفاهی و/یا کتبی در رابطه با حقوق شما و اطلاعات خاص مربوط به وضعیت شکایت شما ارائه خواهد شد.

محل تنظیم شکایت در اداره سلامت رفتاری کانتی آلامدا (ACBHD):

از طریق تلفن: 1-800-779-0787 دفتر حمایت از مشتری

برای دریافت کمک در رابطه با شنوایی یا صحبت

کردن، با 711، خدمات رله کالیفرنیا تماس بگیرید

از طریق پست ایالات متحده: 2000 Embarcadero Cove,

Suite 400, Oakland,

.CA 94606

به صورت حضوری: با مراجعه حضوری به دفتر حمایت از
مشتری در انجمن سلامت روان، واقع در
2855 Telegraph Ave, Suite 501,
Berkeley, CA 94705

نزد ارائه دهنده خود: ارائه دهنده تان ممکن است شکایت شما را
به صورت داخلی حل کند یا شما را به ACBHD در بالا هدایت کند.
می توانید فرم ها و کمک ها را از ارائه دهنده خود دریافت کنید.

تجدیدنظر به بررسی مجدد یک تصمیم منفی درباره مزایا (ABD) توسط
طرح سلامت رفتاری (BHP) گفته می شود. **تصمیم منفی** درباره مزایا به
هریک از اقدامات زیر که توسط طرح سلامت رفتاری (BHP) یا
ارائه دهندگان خدمت تحت قرارداد BHP در خصوص خدمات سلامت
رفتاری تحت پوشش Medi-Cal اتخاذ شود، اطلاق می گردد: (1) رد یا
صدور مجوز محدود برای خدمت درخواستی، از جمله تصمیماتی که
بر اساس نوع یا سطح خدمت، ضرورت پزشکی، تناسب، محل ارائه
خدمات یا اثربخشی مزیت تحت پوشش اتخاذ می شود؛ (2) کاهش، تعلیق یا
خاتمه دادن خدماتی که قبلاً مجاز بوده اند؛ (3) رد کامل یا جزئی پرداخت
هزینه خدمات؛ (4) عدم ارائه خدمات در موعد مقرر؛ (5) اقدام نکردن در
مهلت های قانونی تعیین شده برای رسیدگی عادی به شکایات و
درخواست های تجدیدنظر؛ یا (6) رد درخواست بیمه شده برای اعتراض به
مسئولیت مالی. تصمیم طرح سلامت رفتاری (BHP) در خصوص
خدمات سلامت رفتاری شما ممکن است در قالب «اطلاعیه تصمیم منفی
درباره مزایا» (NOABD) به صورت نامه ارسالی یا به صورت
حضوری به شما تحویل گردد. **مراحل ثبت درخواست تجدیدنظر:**

- فقط بیمه‌شدگان Medi-Cal می‌توانند در خصوص اطلاعیه تصمیم منفی درباره مزایا (NOABD) مربوط به خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal، درخواست تجدیدنظر عادی یا فوری نمایند.
- می‌توانید درخواست تجدیدنظر خود را ظرف 60 روز از تاریخ NOABD به صورت حضوری، تلفنی یا کتبی ثبت کنید. در صورتی که درخواست تجدیدنظر را به صورت شفاهی ثبت نمایید، باید آن را با ارائه یک درخواست تجدیدنظر کتبی و امضاشده پیگیری و تکمیل کنید. در صورتی که NOABD دریافت نکرده باشید، هیچ مهلت زمانی برای ثبت درخواست تجدیدنظر وجود ندارد؛ بنابراین می‌توانید در هر زمانی درخواست تجدیدنظرتان را ثبت نمایید. می‌توانید به شخص دیگری اجازه دهید از طرف شما اقدام کند.
- در صورتی که درخواست تجدیدنظرتان را حداکثر ظرف 10 روز تقویمی از تاریخ ارسال یا تحویل NOABD ثبت کنید، مزایای شما، در صورت درخواست، تا زمان صدور نتیجه نهایی تجدیدنظر ادامه خواهد یافت.
- تأییدیه کتبی دریافت شکایت حداکثر ظرف 5 روز تقویمی از تاریخ وصول تجدیدنظر، از طریق پست برای شما ارسال خواهد شد.

- طرح سلامت رفتاری (BHP) موظف است ظرف 30 روز از تاریخ دریافت تجدیدنظرتان، آن را بررسی کند و نتیجه تصمیم‌گیری را به صورت کتبی به شما یا نماینده قانونی شما ابلاغ نماید. در طول این فرایند، می‌توانید اسناد و مدارک پشتیبان، از جمله مدارک و شهادت‌نامه، را به صورت شفاهی یا کتبی ارائه دهید و استدلال‌های حقوقی و واقعی خود را بیان نمایید.
- درخواست‌های تجدیدنظر برای بیمه‌شدگانی که صرفاً از نتیجه رسیدگی به شکایت خود ناراضی هستند، قابل ارائه نیست.

در صورتی که باور دارید انتظار 30 روزه ممکن است به طور جدی سلامت روان یا وضعیت سوء مصرف مواد شما را به خطر بیندازد و/یا توانایی شما برای دستیابی، حفظ یا بازیابی حداکثر عملکرد را مختل کند، می‌توانید **تجدیدنظر فوری درخواست کنید**. در صورتی که BHP موافقت کند درخواست تجدیدنظر تان دارای شرایط رسیدگی فوری است، BHP حداکثر ظرف 72 ساعت از زمان دریافت درخواست تجدیدنظر فوری، آن را حل و فصل خواهد کرد. **مراحل ثبت درخواست تجدیدنظر فوری:**

- ثبت درخواست تجدیدنظر فوری ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ صدور اطلاعیه تصمیم مغایر در زمینه مزایا (NOABD) به صورت حضوری، تلفنی یا کتبی. در رابطه با درخواست‌های تجدیدنظر فوری که به صورت شفاهی یا حضوری مطرح شود، لازم نیست نسخه کتبی آن را نیز ارائه داد. می‌توانید به شخص دیگری اجازه دهید از طرف شما اقدام کند.
- در صورتی که درخواست تجدیدنظر فوری تان را حداکثر ظرف 10 روز تقویمی از تاریخ ارسال یا تحویل NOABD ثبت کنید، مزایای شما، در صورت درخواست، تا زمان صدور نتیجه نهایی تجدیدنظر ادامه خواهد یافت.
- BHP موظف است حداکثر ظرف 72 ساعت از زمان دریافت درخواست تجدیدنظر فوری، آن را بررسی کند و نتیجه نهایی را از طریق «ابلاغیه تصمیم‌گیری در خصوص تجدیدنظر» (NAR) به صورت کتبی یا شفاهی به شما ابلاغ نماید. در طول این فرایند، می‌توانید اسناد و مدارک پشتیبان، از جمله مدارک و شهادت‌نامه،

را به صورت شفاهی یا کتبی ارائه دهید و استدلال‌های حقوقی و واقعی خود را بیان نمایید.

- در صورتی که BHP تشخیص دهد درخواست شما واجد شرایط تجدیدنظر فوری نیست، بلافاصله به صورت شفاهی و ظرف دو 2 روز تقویمی به صورت کتبی مراتب را به شما اطلاع می‌دهد. در این صورت، درخواست تجدیدنظرتان طبق رویه تجدیدنظر عادی ادامه خواهد یافت.

محل ثبت در خواست تجدیدنظر در ACBHD:

از طریق تماس تلفنی: 1-800-779-0787 دفتر حمایت از مشتری

برای دریافت کمک در رابطه با شنوایی یا صحبت کردن، با 711، خدمات رله کالیفرنیا تماس بگیرید

از طریق پست ایالات متحده: 2000 Embarcadero Cove,
Suite 400, Oakland,
CA 94606.

به صورت حضوری: با مراجعه حضوری به دفتر حمایت از مشتری در انجمن سلامت روان،
واقع در 2855 Telegraph Ave,
Suite 504, Berkeley,
CA 94705

اگر فرایند تجدیدنظر BHP را تکمیل کرده باشید و مشکل طبق رضایت شما حل نشود، از حق رسیدگی عادلانه ایالتی، بررسی مستقل توسط اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا، برخوردارید. درخواست برگزاری رسیدگی عادلانه ایالتی همراه با هر «ابلاغیه تصمیم‌گیری در خصوص تجدیدنظر» (NAR) خواهد بود؛ باید این درخواست را ظرف 120 روز از تاریخ مهر پستی یا روزی که BHP شخصاً NAR را به شما تحویل داده است، ارسال نمایید. فارغ از دریافت NOABD، می‌توانید رسیدگی عادلانه ایالتی درخواست کنید. برای حفظ خدمات جاری خود در حین انتظار برای دادرسی، باید ظرف ده (10) روز از تاریخ ارسال پستی NAR به شما یا تحویل حضوری آن به شما، یا قبل از تاریخ لازم‌الاجرا شدن تغییر در خدمات، هر کدام که دیرتر است، درخواست دادرسی کنید. ایالت باید ظرف 90 روز تقویمی از تاریخ درخواست دادرسی‌های استاندارد و ظرف 3 روز از تاریخ درخواست دادرسی‌های فوری، تصمیم خود را اعلام کند. BHP باید خدمات مورداختلاف را به‌سرعت ظرف 72 ساعت از تاریخ دریافت اطلاعیه تصمیم مغایر ABD از طرف BHP، تأیید کند یا ارائه دهد. شما می‌توانید درخواست دادرسی عادلانه ایالتی را از طریق تماس با 1(800) 952-5253، یا برای TTY از طریق زیر ثبت کنید: شماره 711، به‌صورت آنلاین در وبسایت

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

[request.aspx](https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx) یا به‌صورت کتبی از طریق آدرس زیر:

California Department of Social Services/State Hearings
Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37,
.Sacramento, CA 94244-2430.

برای دریافت اطلاعات دقیق‌تر و جامع‌تر در خصوص فرایند رسیدگی به شکایات یا تجدیدنظر، لطفاً از ارائه‌دهنده خدمات خود درخواست نمایید نسخه‌ای از راهنمای خدمات سلامت روان *Medi-Cal* یا راهنمای خدمات درمان اعتیاد *Medi-Cal* را در اختیار شما قرار دهد. در صورت داشتن سؤال یا نیاز به کمک برای تکمیل فرم‌ها، می‌توانید از ارائه‌دهنده‌تان کمک بخواهید یا تماس بگیرید با:

کمک به مشتری: 1(800) 779-0787