

روند ارائه شکایت و درخواست تجدید نظر

اگر مشکل یا نگرانی دارید یا اگر از خدمات سلامت رفتاری رضایت ندارید، طرح سلامت رفتاری (BHP) اطمینان حاصل می کند که مشکلات شما به سرعت و به راحتی برطرف می شوند. شما یا نماینده تان می توانید از طریق شماره 1 (800) 779-0787 با دفتر کمک مصرف کننده تماس بگیرید. همچنین می توانید از ارائه دهنده بپرسید آیا روند خاصی برای رسیدگی به شکایات دارند. لطفاً از فرم ارائه شکایت و درخواست تجدید نظر برای ارائه شکایت یا برای ارائه درخواست تجدید نظر استفاده کنید. لطفاً توجه داشته باشید که درخواست های تجدید نظر را فقط باید به بخش کمک مصرف کننده ارائه کنید و نه با ارائه دهنده. در صورت ارائه شکایت یا درخواست تجدید نظر، هیچ تبعیضی در مورد شما اعمال نخواهد شد و جریمه نخواهید شد.



شکایت به معنای ابراز نارضایتی در مورد هر مسئله ای در رابطه با خدمات سلامت رفتاری است که در بین مسائل تحت پوشش روند "تجدید نظر و بازبینی ایالتی" که در زیر توصیف شده اند نباشد. نمونه هایی از شکایت ممکن است به شرح زیر باشد: کیفیت خدمات مراقب ارائه شده، جنبه های مربوط به ارتباطات بین افراد - مثل بی ادبی کارمندان و دیگر موارد. مراحل ارائه شکایت:

- به صورت شفاهی یا کتبی شکایتتان را ارائه کنید. شکایت شفاهی نیازی به پیگیری به صورت کتبی ندارد. می توانید فرد دیگری را در نظر بگیرید تا از طرف شما اقدام کند.
- در هر زمان می توانید شکایتتان را ارائه کنید.
- در مدت زمان 5 روز از تاریخ دریافت شکایت، یک تأییدیه کتبی برای تحویل شکایتتان توسط پست دریافت خواهید کرد.
- BHP تا 90 روز بعد از دریافت شکایت برای بررسی فرصت دارد آن را مورد بررسی قرار دهد و به شما یا نماینده تان به صورت کتبی در مورد نتیجه نهایی اطلاع رسانی کند. اگر نتیجه رسیدگی به شکایت در مدت زمان 90 روز اعلام نشود، اعلامیه ای حاوی دستورهای شفاهی و/یا کتبی در مورد حقوقتان و همچنین اطلاعات خاص در مورد شکایتتان را دریافت خواهید کرد.
- در صورت درخواست تمدید زمان، چارچوب های زمانی را می توانید تا حداکثر 14 روز افزایش دهید، یا اگر BHP اینطور نتیجه گیری کند که نیاز به اطلاعات بیشتری وجود دارد یا اینکه تأخیر به سود شما خواهد بود، این تأخیر در نظر گرفته می شود، در این صورت اعلامیه کتبی و شفاهی از BHP دریافت خواهید کرد.

محل ارائه شکایت

با سازمان سلامت رفتاری کانتی آلامدا (ACBH):

از طریق تلفن: 1-800-779-0787 کمک مصرف کننده

برای کمک در زمینه شنوایی یا گفتاری، از طریق شماره 711 با سرویس رله کالیفرنیا تماس

بگیرید

از طریق پست آمریکا: 200 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

به صورت شخصی: از طریق تماس با بخش کمک مصرف کننده در انجمن سلامت روانی به آدرس:

954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

با ارائه دهنده: ارائه دهنده می تواند شکایتتان را به صورت داخلی حل و فصل کند یا شما را به ACBH در بالا ارجاع دهد. می توانید فرم ها و کمک لازم را از ارائه دهنده تان دریافت کنید.

درخواست تجدید نظر به نوعی بررسی و تجدید نظر گفته می شود که توسط طرح BHP برای تعیین مزایای معکوس (ABD) انجام می شود. "تعیین مزایای معکوس" به هرکدام از اقدامات زیر گفته می شود که در رابطه با خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal که توسط BHP یا ارائه دهنده دارای قرارداد با BHP انجام می شود: (1) عدم پذیرش یا اعمال محدودیت تأیید خدمات درخواستی، از جمله تعیین بر اساس نوع یا سطح خدمات، لزوم پزشکی، متناسب بودن، اجرای تنظیمات یا کارآیی یکی از مزایای تحت پوشش؛ (2) کاهش، به حالت تعلیق در آوردن یا پایان دادن به خدمات تأیید شده قبلی؛ (3) عدم پذیرش به صورت کلی یا جزئی برای پرداخت هزینه خدمات؛ (4) عدم ارائه خدمات در زمان مقتضی؛ (5) عدم پاسخگویی در چارچوب زمانی لازم برای رسیدگی استاندارد به موارد شکایت و درخواست تجدید نظر؛ یا (6) عدم پذیرش درخواست ذینفع برای بحث در مورد تعهد مالی. تصمیم اتخاذ شده توسط BHP در مورد خدمات سلامت رفتاری شما ممکن است در نامه اعلامیه تعیین مزایای معکوس (NOABD) که برایتان ارسال می شود یا به صورت شخصی به شما داده می شود توصیف شود. مراحل درخواست تجدید نظر:

- فقط افراد ذینفع Medi-Cal می توانند در مورد NOABD برای خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal با ACBH درخواست تجدید نظر استاندارد یا فوری ارائه کنند.
- شخصاً از طریق تلفن یا به صورت کتبی در مدت زمان 60 روز از تاریخ NOABD می توانید درخواست تجدید نظر را ارائه کنید. اگر درخواست تجدید نظر را به صورت شفاهی ارائه می کنید، باید در ادامه یک درخواست تجدید نظر امضا شده کتبی نیز ارائه کنید. اگر NOABD را دریافت نکرده اید، هیچ فرصت مشخصی برای ارائه درخواست در نظر گرفته نمی شود، در نتیجه در هر زمان می توانید درخواستتان را ارائه کنید. می توانید فرد دیگری را در نظر بگیرید تا از طرف شما اقدام کند.
- به درخواست شما، مزایای شما تا زمانی که درخواست تجدید نظر به نتیجه نرسد همچنان ادامه خواهند داشت به شرطی که درخواست تجدید نظر در مدت زمان 10 روز از تاریخ ارسال NOABD یا تحویل آن به شما ارائه شود.
- در مدت زمان 5 روز از تاریخ دریافت تجدید نظر، یک تأییدیه کتبی برای تحویل تجدید نظر توسط پست دریافت خواهید کرد.
- BHP تا 30 روز بعد از دریافت درخواست تجدید نظر، فرصت دارد آن را مورد بررسی قرار دهد و به شما یا نماینده تان به صورت کتبی در مورد نتیجه نهایی اطلاع رسانی کند. در این فاصله، شما می توانید مستندات نوشتاری یا شفاهی خود، از جمله شواهد و مدارک، را در حمایت از درخواست تجدید نظر گردآوری و ارائه کنید و استدلال های حقوقی و وابسته بواقع امر خود را مطرح نمایید.
- در صورت درخواست تمدید زمان، چارچوب های زمانی را می توانید تا حداکثر 14 روز افزایش دهید، یا اگر BHP اینطور نتیجه گیری کند که نیاز به اطلاعات بیشتری وجود دارد یا اینکه تأخیر به سود شما خواهد بود، این تأخیر در نظر گرفته می شود، در این صورت اعلامیه کتبی و شفاهی از BHP دریافت خواهید کرد.
- برای افراد ذینفعی که از نتیجه شکایت ارائه شده شان راضی نیستند، امکان درخواست تجدید نظر وجود ندارد.

اگر فکر می کنید که 30 روز انتظار ممکن است خطر جدی برای سلامت روانی شما داشته باشد یا اختلالی در وضعیت مصرف مواد مخدر شما و/یا توانایی شما در حفظ کارآیی، یا بازیابی مجدد حداکثر کارآیی تان داشته باشد، می توانید برای "تجدید نظر سریع" درخواست دهید. اگر BHP موافقت کند که درخواست تجدید نظر شما منطبق بر شرایط لازم برای تجدید نظر سریع است، BHP در مدت زمان 72 ساعت بعد از دریافت درخواست تجدید نظر فوری نسبت به حل و فصل موضوع اقدام می کند. مراحل درخواست تجدید نظر فوری:

- شخصاً از طریق تلفن یا به صورت کتبی در مدت زمان 60 روز از تاریخ دریافت "اعلامیه تعیین مزایای معکوس" (NOABD) می توانید درخواست تجدید نظر سریع را ارائه کنید. درخواست های شفاهی یا حضوری برای تجدید نظر فوری نیازی به کتبی شدن ندارند. می توانید فرد دیگری را در نظر بگیرید تا از طرف شما اقدام کند.
- به درخواست شما، مزایای شما تا زمانی که درخواست تجدید نظر به نتیجه نرسد همچنان ادامه خواهند داشت به

شرطی که درخواست تجدید نظر سریع در مدت زمان 10 روز از تاریخ ارسال NOABD یا تحویل آن به شما ارائه شود.

- BHP بعد از دریافت درخواست تجدید نظر فوری شما به مدت 72 ساعت فرصت دارد تا آن را بررسی کند و به صورت کتبی با ارسال "نتیجه تجدید نظر" (NAR) به شما یا نماینده تان اطلاع دهد، و همچنین به صورت شفاهی به شما اطلاع رسانی خواهد شد. در این فاصله، شما می توانید مستندات نوشتاری یا شفاهی خود، از جمله شواهد و مدارک، را در حمایت از درخواست تجدیدنظر گردآوری و ارائه کنید و استدلال های حقوقی و وابسته بواقع امر خود را مطرح نمایید.
- در صورت درخواست تمدید زمان، چارچوب های زمانی را می توانید تا حداکثر 14 روز افزایش دهید، یا اگر BHP اینطور نتیجه گیری کند که نیاز به اطلاعات بیشتری وجود دارد یا اینکه تأخیر به سود شما خواهد بود، این تأخیر در نظر گرفته می شود.
- اگر BHP اینطور تصمیم گیری کند که درخواست تجدید نظر شما شرایط لازم و کافی برای تجدید نظر فوری را ندارد، فوراً به صورت شفاهی و کتبی در مدت زمان 2 روز به شما اطلاع رسانی خواهند کرد. سپس درخواست تجدید نظر شما روند تجدید نظر استاندارد را دنبال خواهد کرد.

محل ارائه شکایت

با سازمان ACBH در کانتی آلامدا تماس بگیرید:

از طریق تلفن: 1-800-779-0787 کمک مصرف کننده

برای کمک در زمینه شنوایی یا گفتاری، از طریق شماره 711 با سرویس رله کالیفرنیا تماس

بگیرید

از طریق پست آمریکا: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

به صورت شخصی: از طریق تماس با بخش کمک مصرف کننده در انجمن سلامت روانی به آدرس:

954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

در صورتی که روند تجدید نظر BHP را طی کرده باشید، از این حق برخوردار هستید که برای بازبینی ایالتی اقدام کنید که یک بررسی مستقل از طرف بخش خدمات اجتماعی کالیفرنیا است. درخواست برای بازبینی ایالتی به همراه هر "اعلامیه نتیجه تجدید نظر" (NAR) در اختیارتان قرار می گیرد؛ باید در مدت زمان 120 روز از تاریخ تحویل پست یا تاریخی که شخصاً BHP نسبت به تحویل NAR به شما اقدام کرده است، درخواستتان را ارسال کنید. فرقی نمی کند که NOABD دریافت کرده اید یا نه، در هر حال می توانید برای بازبینی ایالتی درخواست دهید. برای اینکه در مدت زمان انتظار برای تجدید نظر بتوانید همچنان خدمات قبلی را دریافت کنید، باید در مدت زمان ده (10) روز از تاریخ پست شدن NAR یا تاریخ دریافت شخصی آن یا تا قبل از تاریخ ایجاد تغییر در خدمات مورد نظر (هرکدام که دیرتر باشد) درخواست تجدید نظر تان را ارائه کنید. ایالت باید در مدت زمان 90 روز بعد از تاریخ درخواست برای تجدید نظر استاندارد تصمیم گیری کند که در مورد تجدید نظر فوری این زمان 3 روز از تاریخ ارائه درخواست است. BHP باید فوراً در مدت زمان 72 ساعت از تاریخ دریافت اعلامیه ای که برخلاف ABD BHP است، خدمات مورد بحث را ارائه کرده یا تأیید کند. از طریق تماس با شماره 1(800) 5253-952 یا کاربران TTY به شماره 1(800) 8349-952 یا به صورت آنلاین در سایت

<https://secure.dss.cahw.net.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> یا به صورت کتبی به آدرس زیر

تماس بگیرید و درخواست بازبینی ایالتی را ارائه کنید: California Department of Social Services/State

Hearings Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430.

برای کسب اطلاعات دقیق تر در مورد روند ارائه شکایت یا درخواست تجدید نظر، لطفاً از ارائه دهنده درخواست کنید یک نسخه از "راهنمای خدمات سلامت روانی Medi-Cal" یا "راهنمای خدمات دارویی Medi-Cal" را در اختیارتان قرار دهد. اگر سؤالی دارید یا برای پر کردن فرم ها به کمک و راهنمایی نیاز دارید، می توانید از ارائه دهنده تان سؤال کنید یا با این شماره تماس بگیرید:

بخش "کمک به مصرف کننده": 1 (800) 779-0787

شکایت یا نارضایتی یا درخواست تجدید نظر

از این فرم برای ارائه شکایت یا درخواست تجدید نظر استفاده می شود. اگر برای تکمیل این فرم به کمک نیاز دارید، می توانید از ارائه دهنده تان کمک بگیرید یا از طریق شماره (800) 779-0787 با بخش کمک مصرف کننده تماس بگیرید. باید یک فرم امضا شده "اجازه انتشار اطلاعات محرمانه" را به همراه این فرم ارسال کنید. شکایت یا درخواست تجدید نظر تان را می توانید برای ارائه دهنده تان ارسال کنید (MD، مدیر پرونده، مسئول کلینیک، ناظر برنامه یا دیگر افراد) یا آن را مستقیماً به آدرس زیر بفرستید: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606. دو قسمت این فرم را پر کنید.

می خواهم برای مورد زیر درخواست دهم: (یک مورد را انتخاب کنید) شکایت درخواست تجدید نظر

اگر می خواهید درخواستتان از طریق "روند تجدید نظر سریع" مورد رسیدگی قرار بگیرد (به شرایط لازم برای درخواست تجدید نظر مراجعه کنید)

آدرس و شماره تلفن اطلاعات مهمی هستند. برای تماس با شما و اطلاع رسانی درباره نتایج بررسی "شکایت" یا "درخواست تجدید نظر" به این اطلاعات نیاز داریم. لطفاً با حروف بزرگ بنویسید:

نام: _____

آدرس: _____

تلفن برای طول روز: _____ تاریخ تولد: _____

آیا می توانیم به شماره عنوان شده در بالا پیام بگذاریم؟ بله خیر

ارائه دهنده فعلی: _____

در صورت وجود نماینده شخصی، نام او را عنوان کنید: _____

آدرس: _____

تلفن تماس در طول روز: _____



لطفاً به سؤال های زیر پاسخ دهید. در صورت نیاز چند صفحه دیگر اضافه کنید.

چه مشکلی وجود دارد؟

برای برطرف کردن مشکل چه کاری انجام داده اید؟

می خواهید چه راهکاری ارائه شود؟

تاریخ

امضای مصرف کننده (یا نماینده مصرف کنند)

در صورت ارائه شکایت یا درخواست تجدید نظر، هیچ تبعیضی در مورد شما اعمال نخواهد شد و جریمه نخواهید شد. در همه زمان محرمانگی شما با توجه به قوانین فدرال و ایالتی حفظ می شود. بعد از تکمیل روند تجدید نظر می توانید برای "بازبینی ایالتی" درخواست دهید.

مجوز برای انتشار اطلاعات محرمانه
(لطفاً هر دو سمت این فرم را پر کنید)

نام خانوادگی مصرف کننده نام نام وسط تاریخ تولد

آدرس شهر کد پستی تلفن تماس در طول روز

شماره سوشال سکوریته* (لازم است)

من درخواست می کنم اطلاعات سلامت محافظت شده (PHI) از ارائه دهنده زیر در اختیار من قرار داده شود:

نام ارائه دهنده خدمات مراقبت از سلامت تلفن

آدرس شهر/ایالت کد پستی شماره فکس (اگر می دانید)

قابل ارائه به: ACBH – QA Office

Consumer Assistance

2000 Embarcadero Cove, Suite 400

Oakland, CA 94606

من اجازه می دهم که PHI زیر از سوابق پزشکی من منتشر شود:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> اسلاید/گزارش پاتولوژی | <input type="checkbox"/> سوابق بخش اورژانس |
| <input type="checkbox"/> سوابق مربوط به صورتحساب | <input type="checkbox"/> گزارش های آزمایشگاه |
| <input type="checkbox"/> خلاصه ترخیص | <input type="checkbox"/> گزارش های رادیولوژی |
| <input type="checkbox"/> سوابق و مشاوره فیزیکی | <input type="checkbox"/> سوابق مربوط به واکسیناسیون |
| <input type="checkbox"/> گزارش های عملیاتی | <input type="checkbox"/> سوابق پزشکی کامل (کلیه صفحات) |



□ سایر
موارد:

بر اساس قوانین ایالتی و فدرال از اطلاعات زیر محافظت می شود. اگر این اطلاعات در مورد شما کاربرد دارند، لطفاً مشخص کنید که آیا می خواهید این اطلاعات منتشر شوند/دریافت شوند (در صورت امکان تاریخ را اعلام کنید):

<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	سوابق مربوط به سلامت روانی
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	سوابق روانشناسی
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	تست و نتیجه تست HIV
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	سوابق مربوط به سوء مصرف الکل، مواد مخدر
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	سوابق ژنتیکی

پوشش دوره خدمات مراقبت از سلامت از: تاریخ دقیق _____ تا _____ یا
□ کلیه ویزیت های قبلی، فعلی و آینده

هدف درخواست اطلاعات: برطرف کردن مشکل مربوط به درخواست تجدید نظر یا شکایت ارائه شده

این رضایت نامه در هر زمان توسط فرد امضا کننده آن لغو خواهد شد بجز در مواردی که اقدام لغو شده باشد یا اگر قبلاً لغو نشده است، بعد از شش (6) ماه از تاریخ این رضایت نامه لغو خواهد شد. امضا کننده می تواند به صورت کتبی یا شفاهی به مسئول کمک به مصرف کننده اطلاع دهد و انتشار اطلاعات را لغو کند.

تاریخ

امضای کلاینت یا نماینده مجاز

ارتباط با بیمار (در صورت وجود ارتباط)

نام به حروف بزرگ

هرگونه انتشار اطلاعات و سوابق پزشکی توسط بیمار ممنوع است بجز در مواردی که صراحتاً هدف انتشار اطلاعات مشخص شده باشد. منع انتشار مجدد اطلاعات محافظت شده در مورد مصرف مواد مخدر: بخش 2 از CFR 42 هرگونه انتشار غیرمجاز این سوابق را ممنوع کرده است.