



## Grievance & Appeal Form – Medi-Cal (Arabic)

### إستمارة التثكي و طلب النقض - التأمين الصحي الحكومي (MEDI-CAL)

يرجى أن تقوم بتعبئة كافة بيانات هذه الإستمارة و قم بإعادة الإستمارة و أي معلومات مطلوبة أخرى إلى العنوان التالي:

Community Health Group  
ATTN: Grievance Coordinator  
740 Bay Blvd.  
Chula Vista, CA 91910  
(619) 498-6578  
Fax# (619) 476-3834

ملاحظة: يحق لك أن تسمي شخصاً آخرأ ليقدم الشكوى أو طلب النقض نيابة عنك. لكن يجب عليك أن تمنح ذلك الشخص تخويلاً خطياً.

#### بيانات العضو

ما إسمك؟ \_\_\_\_\_  
من كان يستلم أو كان يرغب بالحصول على الخدمات؟ \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_  
رقم الضمان الإجتماعي SSN: \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
من كان الطبيب المعالج في الوقت الذي كنت أنت أو أحد أفراد عائلتك تحصلون أو ترغبون بالحصول على الخدمات: \_\_\_\_\_

#### بيانات/سبب الشكوى أو طلب النقض

التاريخ الذي تم فيه تقديم هذه الإستمارة: \_\_\_\_\_

هل هذا طلب أن تقوم مجموعة صحة المجتمع (Community Health Group) أو جهة متعاقدة معها بتغيير قرار قد إتخذته؟ نعم لا

هل يتعلق هذا الموضوع بخطر جدي على صحتك، أو بألم شديد، أو إحتمال فقدان الحياة أو أحد الأطراف أو أحد أنشطة الجسم الأساسية؟ نعم لا  
(إن أجبت "بنعم" سيقوم رئيس الكادر الطبي أو شخص آخر في مجموعة صحة المجتمع (Community Health Group) بإتخاذ قرار إن كان يجب التعامل مع شكواك أو طلب النقض الذي تقدمت به بشكل مستعجل.

للإستخدام من قبل مجموعة صحة المجتمع (Community Health Group) فقط

رد رئيس الكادر الطبي في مجموعة صحة المجتمع (CHG): أوافق \_\_\_\_\_ لا أوافق \_\_\_\_\_ التوقيع و التاريخ: \_\_\_\_\_

الملاحظات: \_\_\_\_\_

ما هي الأسباب التي دفعتك لتقديم شكوى أو طلب نقض؟ (حدد كافة الإجابات التي تنطبق على الحالة و قم بالشرح تحت خانة أخرى إن إخترتها).

موضوع توفر الخدمات (لم أحصل على الرعاية التي إحتجت لها)	غير راضي عن الإستجابة للشكوى التي تقدمت بها
موضوع الحصول على الرعاية (وقت الإنتظار و ما شابه)	أخرى:

		لقد تم رفض الخدمة أو التحويل للحصول على الخدمة
		عدم الرضا عن موفر الخدمات (لم يعجبني موفر الخدمات أو كادر العمل)

يرجى أن تشرح باختصار الحالة التي ترغب بأن تقوم مجموعة صحة المجتمع (Community Health Group) بمراجعتها: \_\_\_\_\_

كيف ترغب أن يحل موضوع شكواك أو طلب النقض؟ \_\_\_\_\_

يرجى أن تقوم بإرفاق أي أوراق إضافية

حدد هذا الخيار إن كنت ترغب بأن يساعدك في طلب النقض الذي تتقدم به عامل مشاركة الأعضاء في مجموعة صحة المجتمع (Community Health Group).

1. أين إستحصلت أو ممن قمت بطلب الخدمات؟ \_\_\_\_\_

(العنوان)

2. متى حصلت أو طلبت الحصول على الخدمات؟ \_\_\_\_\_

3. هل هنالك أي شئ آخر يجب أن نطلع عليه بخصوص شكواك أو طلب النقض الذي تتقدم به؟ \_\_\_\_\_

التاريخ

توقيع العضو

تعد مديرية تنظيم برامج التأمين الصحي مسؤولة عن تنظيم خدمات و برامج الرعاية الصحية. إن كان لديك أي شكوى ضد شركة تأمينك الصحي، يجب عليك أن تتصل أولاً بشركة تأمينك الصحي على الهاتف المرقم 1-800-224-7766 وأن تستخدم إجراءات التشكي المتبعة قبل أن تتصل بالمديرية. إن إستخدامك لإجراءات التشكي لا ينزع أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تنطبق عليك. إن كنت تحتاج للمساعدة في تقديم شكوى تتعلق بالحالات الطارئة أو شكوى لم تحل بشكل مرضي من قبل شركة تأمينك الصحي أو بخصوص شكوى لم يستجاب لها بعد أكثر من 30 يوماً، يمكنك أن تتصل بالمديرية للحصول على المساعدة. كما يمكن أن تكون مؤهلاً للحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث (IMR). إن كنت مؤهلاً للحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث فإن إجراءات تلك المراجعة ستراجع بشكل محايد القرارات الطبية التي إتخذتها شركة تأمينك الصحي و المتعلقة بالضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترحين، و بخصوص الخلاف حول تكاليف الخدمات الطبية التي ما تزال في طور البحث و التجربة والخلاف حول تكاليف الخدمات الطارئة أو المستعجلة. لدى المديرية هاتف مجاني هو 1-888-466-2219 بالإضافة الى خدمة الهاتف المخصص للصم و البكم 1-877-688-9891. ستجد على موقع المديرية على الشبكة الدولية (الإنترنت) "http://www.hmoHELP.ca.gov" إستمارة الشكوى و إستمارة طلب الحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث و التعليمات و التوجيهات.

إن كنت غير راض عن قرار مجموعة صحة المجتمع (Community Health Group) بخصوص "الضرورة الطبية"، فيمكنك أن تطلب الحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث من مديرية تنظيم برامج التأمين الصحي في ولاية كاليفورنيا. إن أرسلنا إليك هذه الإستمارة و في ذلك الوقت كان من الواضح لمجموعة صحة المجتمع (Community Health Group) إنك مؤهل للحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث (IMR) فإننا قد قمنا بإرفاق إستمارة طلب الحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث. في تلك الحالة، و إن كنت ترغب بالحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث، يرجى أن تستخدم الإستمارة المرفقة و أن تقوم بإرسالها الى مديرية تنظيم برامج التأمين الصحي في الطرف المرفق. إن لم تكن إستمارة طلب الحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث مرفقة بهذه الرسالة، و إن كنت تعتقد إنك مؤهل للحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث، يرجى أن تتصل بنا فوراً و سنزودك بإستمارة طلب الحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث. كما و يمكنك الحصول على إستمارة طلب الحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث على موقع مديرية تنظيم برامج التأمين الصحي في ولاية كاليفورنيا على الشبكة الدولية على العنوان التالي: www.dmhc.ca.gov. إن كنت غير متأكد من أنك مؤهل للحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث و ترغب بالحصول على المزيد من المعلومات يرجى أن تقوم بالاتصال بقسم خدمة الأعضاء في مجموعة صحة المجتمع (Community Health Group) على الهاتف المرقم 1-800-224-7766.

إن القرارات المشمولة بالحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث هي تلك القرارات التي إتخذتها مجموعة صحة المجتمع ( Community Health Group) أو متعاقد معها و التي تنص على أن الخدمة أو الرعاية الصحية التي تم طلبها لا تشكل ضرورة طبية. إن طلب الحصول على منافع غير مدرجة في لائحة المنافع تعد غير مؤهلة للحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث.

تتم المراجعة الطبية من قبل طرف ثالث من قبل منظمة المراجعة الطبية كطرف ثالث (IRO). منظمة المراجعة الطبية كطرف ثالث ليست مرتبطة بأي شكل من الأشكال بمجموعة صحة المجتمع (Community Health Group)، و هي متعاقدة مع مديرية تنظيم برامج التأمين الصحي. على مجموعة صحة المجتمع (Community Health Group) أن تطبق تعليمات منظمة المراجعة الطبية كطرف ثالث، طبقاً لما تطلبه مديرية تنظيم برامج التأمين الصحي. لست مسؤولاً عن دفع تكاليف المراجعة الطبية من قبل طرف ثالث.

لكي تكون مؤهلاً للحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث، يجب عليك أن تطلب الحصول على مراجعة طبية من قبل طرف ثالث خلال 180 يوماً (ستة أشهر) من التاريخ الذي تم فيه إعلامك بقرار رفض، تأخير أو تعديل التخويل أو الدفعات لخدمات الرعاية الصحية. إن لم تقم بطلب المراجعة الطبية من قبل طرف ثالث خلال تلك الفترة فلن يكون بمقدور منظمة المراجعة الطبية كطرف ثالث مراجعة قضيتك، إلا في حالة تقرير مديرية تنظيم برامج التأمين الصحي لعكس ذلك.

كعضو في برنامج التأمين الصحي الحكومي (Medi-Cal)، يحق لك أيضاً أن تتصل بمكتب الشكاوي التابع لمديرية تنظيم برامج التأمين الصحي الحكومي (Medi-Cal) في وزارة الصحة في ولاية كاليفورنيا على الهاتف المرقم 1-888-452-8609 أو أن تطلب الحصول على جلسة إستماع عادلة من قبل وزارة الخدمات الإجتماعية في الولاية عن طريق الإتصال بالهاتف المرقم 1-800-952-5253. يمكنك أن تطلب الحصول على جلسة الإستماع دون أن تحتاج إلى أن تتخذ إجراءات النقض أو أن تطلب الحصول على جلسة الإستماع في أي وقت أثناء إتخاذك لتلك الإجراءات.

Community Health Group materials are available in English, Spanish, Vietnamese and Arabic. Please call 1-800-224-7766.

Los materiales de Community Health Group están disponibles en inglés, español, vietnamita y arabe. Por favor llame al 1-800-224-7766.

Tài liệu của Community Health Group hiện có bằng tiếng Anh, Tây Ban Nha, Việt Nam và Ả-Rập. Xin vui lòng gọi 1-800-224-7766.



منشورات Community Health Group متوفرة باللغات الإنكليزية، الإسبانية، الفيتنامية، و العربية. للمزيد من المعلومات الرجاء الإتصال بـ 1-800-224-7766.