

3. نحوه دریافت مراقبت

تأییدیه قبلی (مجوز اولیه)

برای برخی از انواع مراقبت‌ها، PCP یا متخصص شما باید پیش از ارائه مراقبت به شما، از Alliance اجازه بگیرد. به این فرآیند درخواست تأییدیه قبلی یا مجوز اولیه گفته می‌شود. این بدان معناست که Alliance باید اطمینان حاصل کند که مراقبت مورد نظر از نظر پزشکی ضروری (لازم) است.

خدمات دارای ضرورت پزشکی به خدمات ضروری و لازم برای حفظ جان شما، جلوگیری از ابتلا به بیماری شدید یا ناتوانی، یا کاهش درد شدید ناشی از یک بیماری، ناراحتی یا آسیب تشخیص داده شده گفته می‌شود. برای اعضای زیر 21 سال، خدمات Medi-Cal شامل مراقبت‌هایی می‌شود که از نظر پزشکی برای درمان یا کمک به بهبود یک بیماری یا عارضه جسمانی یا روانی ضروری هستند.

خدمات زیر همیشه نیاز به تأییدیه قبلی (مجوز اولیه) دارند، حتی اگر آن‌ها را از یک ارائه‌دهنده خدمات درون شبکه Alliance دریافت کنید:

- بستری شدن در بیمارستان، اگر وضعیت اورژانسی نباشد
- خدمات خارج از منطقه خدماتی Alliance، اگر وضعیت اورژانسی یا مراقبت فوری نباشد
- جراحی سرپایی
- مراقبت‌های طولانی‌مدت یا خدمات پرستاری تخصصی در یک مرکز پرستاری (از جمله مراکز مراقبت نیمه‌حادث بزرگسالان و کودکان که با واحد مراقبت نیمه‌حادث اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی قرارداد دارند) یا مراکز مراقبت میانی (از جمله مراکز مراقبت میانی برای افراد دارای ناتوانی‌های رشدی)
- (Intermediate Care Facility for the Developmentally Disabled, ICF/DD)
- ICF/DD-بازتوانی (ICF/DD-H)، ICF/DD-پرستاری (ICF/DD-N)
- درمان‌های تخصصی، تصویربرداری، آزمایش‌ها و رویه‌های پزشکی
- خدمات حمل‌ونقل پزشکی زمانی که وضعیت اورژانسی نیست

خدمات تهیه آمبولانس در مواقع اورژانسی نیازی به تأییدیه قبلی (مجوز اولیه) ندارند.

برای درخواست‌های استاندارد تأیید قبلی Alliance، (Prior Authorization, PA) باید به درخواست شما به همان سرعتی که وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند پاسخ دهد، اما حداکثر ظرف پنج روز کاری از زمانی که Alliance اطلاعاتی را که به‌طور منطقی برای تصمیم‌گیری (تأیید، تغییر یا رد) درباره درخواست شما نیاز دارد و درخواست کرده است، دریافت نماید. Alliance باید حداکثر ظرف هفت روز تقویمی از زمان دریافت درخواست شما پاسخ دهد.



با بخش خدمات اعضای Alliance به شماره 1-877-932-2738

(TTY 1-800-735-2929) تماس بگیرید. Alliance روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5

بعدازظهر آماده ارائه خدمات است. این تماس رایگان است یا با خط تلفنی معلولین California به شماره

711 تماس بگیرید.

به صورت آنلاین به وبسایت www.alamedaalliance.org مراجعه کنید.

اگر ارائه‌دهنده خدمات درمانی یا Alliance تشخیص دهد که رعایت بازه زمانی استاندارد می‌تواند زندگی، سلامت یا توانایی شما را برای دستیابی، حفظ یا بازیابی حداکثر عملکرد به‌طور جدی به خطر اندازد، Alliance تصمیم تسریع‌شده‌ای درباره تأیید قبلی (مجوز قبلی) اتخاذ خواهد کرد. Alliance به همان سرعتی که وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند پاسخ خواهد داد، اما این مدت از 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما توسط Alliance بیشتر نخواهد بود.

در برخی موارد، Alliance ممکن است برای تصمیم‌گیری (تأیید، تغییر یا رد) درخواست تأییدیه قبلی (مجوز اولیه) شما به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشد. در این صورت، Alliance تا 14 روز تقویمی اضافی فرصت دارد تا تصمیم‌گیری کند. پس از دریافت اطلاعات مورد نیاز، Alliance باید به همان سرعتی که وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند تصمیم بگیرد، اما حداکثر ظرف پنج روز کاری برای درخواست‌های استاندارد یا ظرف 72 ساعت برای درخواست‌های تسریع‌شده. ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما می‌تواند درخواست تمدید زمان برای پاسخ‌گویی Alliance به درخواست‌های استاندارد را ارائه کند. شما نیز می‌توانید برای درخواست‌های استاندارد یا تسریع‌شده درخواست تمدید زمان نمایید. کارکنان بالینی یا پزشکی مانند پزشکان، پرستاران و داروسازان، درخواست‌های تأییدیه قبلی (مجوز اولیه) را بررسی می‌کنند.

Alliance به هیچ‌وجه در تصمیم‌بازبین‌ها برای رد، تغییر یا تأیید پوشش یا خدمات دخالتی ندارد. اگر Alliance درخواست شما را تأیید نکند، Alliance نامه اطلاعیه اقدام (Notice of Action, NOA) را برایتان ارسال خواهد کرد. NOA به شما اطلاع می‌دهد که اگر با تصمیم گرفته‌شده موافق نیستید، چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر ثبت کنید.

اگر Alliance به اطلاعات یا زمان بیشتری برای بررسی درخواست شما نیاز داشته باشد، Alliance با شما تماس خواهد گرفت.

شما هرگز برای مراقبت اورژانسی، حتی اگر خارج از شبکه Alliance یا خارج از منطقه خدماتی‌تان باشد، نیازی به تأییدیه قبلی (مجوز اولیه) ندارید. این عدم نیاز به تأییدیه قبلی (مجوز اولیه) شامل خدمات زایمان و وضع حمل نیز می‌شود، اگر باردار هستید. برای برخی از خدمات مراقبت حساس نیز نیازی به تأییدیه قبلی (مجوز اولیه) ندارید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات حساس، بخش «مراقبت حساس» را در ادامه این فصل مطالعه کنید.

اگر درباره تأییدیه قبلی (مجوز اولیه) پرسشی دارید، با شماره 1-510-747-4567 یا خط تلفن رایگان به شماره 1-800-735-2929 TTY) 877-932-2738 (711 تماس بگیرید.

نظر پزشکی دیگر

ممکن است بخواهید درباره مراقبتی که ارائه‌دهنده خدمات شما آن را توصیه کرده یا درباره تشخیص یا برنامه درمانی‌تان، نظر پزشک دیگری را جویا شوید. برای مثال، اگر بخواهید مطمئن شوید که تشخیص‌تان درست است، یا در مورد نیاز به یک درمان یا جراحی تجویز شده تردید دارید، یا یک برنامه درمانی را دنبال کرده‌اید اما مؤثر نبوده، ممکن است بخواهید نظر پزشک دیگری را جویا شوید.



با بخش خدمات اعضای Alliance به شماره 1-877-932-2738 (1-800-735-2929 TTY) تماس بگیرید. Alliance روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر آماده ارائه خدمات است. این تماس رایگان است یا با خط تلفنی معلولین California به شماره 711 تماس بگیرید.

به صورت آنلاین به وبسایت www.alamedaalliance.org مراجعه کنید.

Alliance هزینه نظر پزشکی دیگر را پرداخت می‌کند، به شرطی که شما یا ارائه‌دهنده عضو شبکه شما درخواست آن را بدهید و این نظر پزشکی را از یک ارائه‌دهنده خدمات درون شبکه دریافت کنید. برای دریافت نظر پزشکی دیگر از ارائه‌دهنده خدمات درون شبکه، نیازی به تأییدیه قبلی (مجوز اولیه) از **Alliance** ندارید. اگر بخواهید نظر پزشکی دیگر را جویا شوید، ما شما را به یک ارائه‌دهنده واجد شرایط عضو شبکه ارجاع می‌دهیم که بتواند نظر پزشکی دیگر را ارائه دهد.

برای درخواست نظر پزشکی دیگر و دریافت کمک در انتخاب ارائه‌دهنده خدمات، با شماره 1-510-747-4567 یا خط تلفن رایگان به شماره 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 یا 711) تماس بگیرید. همچنین ارائه‌دهنده درون شبکه‌ای شما نیز می‌تواند در صورت نیاز، به شما در دریافت معرفی‌نامه برای نظر پزشکی دیگر کمک کند.

اگر هیچ ارائه‌دهنده خدماتی در شبکه **Alliance** وجود نداشته باشد که بتواند نظر پزشکی دیگر را ارائه دهد، **Alliance** هزینه نظر پزشکی دیگر از یک ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه را پرداخت خواهد کرد. **Alliance** به شما اطلاع خواهد داد که آیا ارائه‌دهنده خدمات درمانی که برای دریافت نظر دوم انتخاب کرده‌اید به همان سرعتی که وضعیت پزشکی شما ایجاب می‌کند تأیید شده است یا خیر، اما حداکثر ظرف پنج روز کاری از زمانی که **Alliance** اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری درباره درخواست شما را دریافت کند، **Alliance** باید حداکثر ظرف هفت روز تقویمی از زمان دریافت درخواست شما پاسخ دهد.

اگر به بیماری مزمن، شدید یا جدی مبتلا هستید، یا با یک تهدید فوری و جدی برای سلامت خود روبه‌رو هستید، از جمله اما نه محدود به، از دست دادن جان، اندام، یکی از اعضای اصلی بدن یا عملکرد بدنی، **Alliance** ظرف 72 ساعت به‌صورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد.

اگر **Alliance** با درخواست شما برای نظر پزشکی دیگر مخالفت کند، می‌توانید شکایت خود را ثبت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایات، بخش «شکایات» را در فصل 6 این دفترچه راهنما مطالعه کنید.



با بخش خدمات اعضای **Alliance** به شماره 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929) تماس بگیرید. **Alliance** روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر آماده ارائه خدمات است. این تماس رایگان است یا با خط تلفنی معلولین **California** به شماره 711 تماس بگیرید.
به صورت آنلاین به وبسایت www.alamedaalliance.org مراجعه کنید.

4. مزایا و خدمات

سایر برنامه‌ها و خدمات Medi-Cal

سایر خدماتی که می‌توانید از طریق Medi-Cal به صورت کارانه (Fee-for-Service, FFS) یا سایر برنامه‌های Medi-Cal دریافت کنید

Alliance برخی از خدمات را تحت پوشش قرار نمی‌دهد، اما همچنان می‌توانید آن‌ها را از طریق FFS Medi-Cal یا سایر برنامه‌های Medi-Cal دریافت کنید. Alliance با سایر برنامه‌ها هماهنگ خواهد کرد تا اطمینان حاصل شود که شما تمام خدمات مورد نیاز پزشکی را دریافت می‌کنید، از جمله آن‌هایی که توسط برنامه دیگر و نه Alliance تحت پوشش قرار می‌گیرند. این بخش برخی از این خدمات را ذکر می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر، با شماره 1-800-735-2929 TTY یا 1-510-747-4567 یا خط تلفن رایگان به شماره 1-877-932-2738 تماس بگیرید.

خدمات دندانپزشکی

FFS Medi-Cal Dental همانند FFS Medi-Cal برای خدمات دندانپزشکی شماست. قبل از دریافت خدمات دندانپزشکی، باید کارت BIC Medi-Cal خود را به ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی نشان دهید. مطمئن شوید ارائه‌دهنده خدمات، FFS Dental را می‌پذیرد و شما بخشی از یک طرح مراقبت‌های مدیریت‌شده که خدمات دندانپزشکی را پوشش می‌دهد نیستید.

از تاریخ 1 جولای 2026:

بسته به وضعیت مهاجرتی شما، برخی استثنائات در پوشش خدمات دندانپزشکی اعمال می‌شود. اگر واجد شرایط دریافت Medi-Cal کامل تحت قوانین فدرال نیستید و 19 سال یا بیشتر سن دارید، ممکن است دیگر واجد شرایط دریافت مزایای دندانپزشکی از طریق Alliance نباشید، در صورتی که:

- باردار نباشید یا در طول یک سال پس از زایمان (پس از بارداری) قرار نداشته باشید یا توسط شهرستان به عنوان تحت سرپرستی (Foster Youth) یا نوجوان سابق تحت سرپرستی (Former Foster Youth) تعیین نشده باشید. شما فقط برای موارد اضطراری دندانپزشکی می‌توانید به هر ارائه‌دهنده FFS Medi-Cal Dental مراجعه کنید.
- اگر توسط شهرستان به عنوان فرد باردار یا فردی که در طول یک سال پس از زایمان (پس از بارداری) قرار دارد تعیین شده باشید. می‌توانید برای دریافت Medi-Cal کامل به هر ارائه‌دهنده FFS Medi-Cal Dental مراجعه کنید.
- شما توسط شهرستان به عنوان تحت سرپرستی (Foster Youth) یا نوجوان سابق تحت سرپرستی (Former)



با بخش خدمات اعضای Alliance به شماره 1-877-932-2738 (1-800-735-2929 TTY) تماس بگیرید. Alliance روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر آماده ارائه خدمات است. این تماس رایگان است یا با خط تلفنی معلولین California به شماره 711 تماس بگیرید. به صورت آنلاین به وبسایت www.alamedaalliance.org مراجعه کنید.

Foster Youth) زیر 26 سال تعیین شده‌اید و در روز تولد 18 سالگی خود تحت سرپرستی (foster care) بوده‌اید. می‌توانید برای دریافت Medi-Cal کامل به هر ارائه‌دهنده FFS Medi-Cal Dental مراجعه کنید.

Medi-Cal طیف گسترده‌ای از خدمات دندانپزشکی را از طریق Medi-Cal Dental پوشش می‌دهد، از جمله:

- اعضای که واجد شرایط Medi-Cal کامل تحت قوانین فدرال هستند.
- اعضای که واجد شرایط Medi-Cal کامل تحت قوانین فدرال نیستند اما حداقل یکی از سه استثنائات زیر را دارند:
 - زیر 19 سال سن دارند؛
 - توسط شهرستان به‌عنوان فرد باردار تعیین شده‌اند (و تا یک سال پس از پایان بارداری)؛ و/یا
 - توسط شهرستان به‌عنوان تحت سرپرستی (Foster Youth) یا نوجوان سابق تحت سرپرستی (Former Foster Youth) زیر 26 سال تعیین شده‌اید و در روز تولد 18 سالگی خود تحت سرپرستی (foster care) بوده‌اند.

خدمات دندانپزشکی شامل موارد زیر است:

- ارتودنسی برای کودکانی که واجد شرایط هستند
- درمان ریشه (قدامی/خلفی)
- جرم‌گیری و تسطیح سطح ریشه
- کشیدن دندان
- فلوراید موضعی
- دندان‌های مصنوعی کامل و جزئی
- روکش (از پیش ساخته/آزمایشگاهی)
- خدمات دندانپزشکی تشخیصی و پیشگیرانه مانند معاینات، عکس‌برداری با اشعه ایکس و جرم‌گیری دندان
- مراقبت اورژانسی برای کنترل درد
- پر کردن دندان

اگر پرسشی دارید یا می‌خواهید اطلاعات بیشتری در مورد خدمات دندانپزشکی کسب کنید، با Medi-Cal Dental به شماره 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 یا 711) تماس بگیرید. همچنین می‌توانید به وبسایت Medi-Cal Dental به نشانی <https://www.dental.dhcs.ca.gov> مراجعه کنید.



با بخش خدمات اعضای Alliance به شماره 1-877-932-2738 (1-800-735-2929 TTY) تماس بگیرید. Alliance روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر آماده ارائه خدمات است. این تماس رایگان است یا با خط تلفنی معلولین California به شماره 711 تماس بگیرید. به صورت آنلاین به وبسایت www.alamedaalliance.org مراجعه کنید.

5. مراقبت‌های سلامتی کودکان و نوجوانان

کودکان و نوجوانان زیر 21 سال می‌توانند به محض ثبت‌نام، خدمات مراقبت بهداشتی مورد نیاز را دریافت کنند. این کار تضمین می‌کند که آن‌ها مراقبت پیشگیرانه، دندانپزشکی و سلامت روان مناسب، از جمله خدمات رشدی و تخصصی را دریافت می‌کنند. این فصل به توضیح این خدمات می‌پردازد.

سایر خدماتی که می‌توانید از طریق FFS Medi-Cal یا سایر برنامه‌ها دریافت کنید

چک‌آپ‌های دندانپزشکی

لثه‌های نوزاد خود را با پاک کردن آرام آن‌ها با یک دستمال به‌صورت روزانه تمیز نگه دارید. در حدود سنین چهار تا شش ماهگی، با شروع رویش دندان‌های شیری، «دندان درآوردن» آغاز خواهد شد. شما باید به محض رویش اولین دندان فرزندتان یا حداکثر تا تولد یک سالگی‌اش، هر کدام که زودتر اتفاق بیفتد، برای اولین ویزیت دندانپزشکی او قرار ملاقات بگیرید.

این خدمات دندانپزشکی Medi-Cal برای گروه‌های زیر رایگان است:

نوزادان 0 تا 3 سال

- اولین ویزیت دندانپزشکی نوزاد
- اولین معاینه دندانپزشکی نوزاد
- معاینات دندانپزشکی (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- عکس‌برداری با اشعه ایکس
- تمیز کردن دندان‌ها (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- وارنیش فلوراید (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- پر کردن دندان
- کشیدن دندان (خارج کردن دندان)
- خدمات دندانپزشکی اورژانسی
- *بی‌حسی (در صورت نیاز پزشکی)

کودکان 4 تا 12 سال

- خدمات دندانپزشکی اورژانسی
- *بی‌حسی (در صورت نیاز پزشکی)
- معاینات دندانپزشکی (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- عکس‌برداری با اشعه ایکس
- سیلانت‌های دندان‌های آسیابی
- پر کردن دندان
- عصب‌کشی
- کشیدن دندان (خارج کردن دندان)



با بخش خدمات اعضای Alliance به شماره 1-877-932-2738 یا تماس بگیرید. Alliance روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر آماده ارائه خدمات است. این تماس رایگان است یا با خط تلفنی معلولین California به شماره 711 تماس بگیرید.

به صورت آنلاین به وبسایت www.alamedaalliance.org مراجعه کنید.

- وارنیش فلوراید (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- تمیز کردن دندان‌ها (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)

جوانان 13 تا 21 سال (از 1 جولای 2026، استثنائاتی در زیر وجود دارد)

- معاینات دندان‌پزشکی (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- عکس‌برداری با اشعه ایکس
- وارنیش فلوراید (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- تمیز کردن دندان‌ها (هر شش ماه، و گاهی بیشتر)
- ارتودنسی (بریس) برای کسانی که واجد شرایط هستند
- پر کردن دندان
- روکش دندان
- عصب‌کشی
- دندان‌های مصنوعی جزئی و کامل
- جرم‌گیری و تسطیح سطح ریشه
- کشیدن دندان (خارج کردن دندان)
- خدمات دندان‌پزشکی اورژانسی
- *بی‌حسی (در صورت نیاز پزشکی)

*ارائه‌دهندگان خدمات باید زمانی بی‌حسی و بیهوشی عمومی را مدنظر قرار دهند که دلیلی را مبنی بر این‌که بی‌حسی موضعی از نظر پزشکی مناسب نیست، مشخص و ثبت کنند، و درمان دندان‌پزشکی از پیش تأیید شده باشد یا به تأیید قبلی (مجوز اولیه) نیازی نداشته باشد.

برخی از دلایلی که در آن‌ها نمی‌توان از بی‌حسی موضعی استفاده کرد و ممکن است به جای آن از بی‌حسی یا بیهوشی عمومی استفاده شود، عبارتند از:

- عارضه جسمی، رفتاری، رشدی یا احساسی که مانع پاسخ‌دهی بیمار به تلاش‌های ارائه‌دهنده خدمات برای انجام درمان می‌شود
- رویه‌های ترمیمی یا جراحی سخت
- کودکی که همکاری نمی‌کند
- عفونت حاد در محل تزریق
- ناتوانی بی‌حسی موضعی در کنترل درد

از تاریخ 1 جولای 2026 برخی استثنائات اعمال می‌شود. اگر واجد شرایط دریافت Medi-Cal کامل تحت قوانین فدرال نیستید و 19 سال یا بیشتر سن دارید، ممکن است دیگر واجد شرایط دریافت مزایای دندان‌پزشکی از طریق Alliance نباشید، در صورتی که:

- باردار نباشید یا در طول یک سال پس از زایمان (پس از بارداری) قرار نداشته باشید یا توسط شهرستان به‌عنوان تحت سرپرستی (Foster Youth) یا نوجوان سابق تحت سرپرستی (Former Foster Youth) تعیین نشده باشید. شما فقط برای موارد اضطراری دندان‌پزشکی می‌توانید به هر ارائه‌دهنده FFS Medi-Cal Dental مراجعه کنید.
- اگر توسط شهرستان به‌عنوان فرد باردار یا فردی که در طول یک سال پس از زایمان (پس از بارداری) قرار دارد تعیین شده باشید. می‌توانید برای دریافت Medi-Cal کامل به هر ارائه‌دهنده FFS Medi-Cal Dental مراجعه



با بخش خدمات اعضای Alliance به شماره 1-877-932-2738

(TTY 1-800-735-2929) تماس بگیرید. Alliance روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر آماده ارائه خدمات است. این تماس رایگان است یا با خط تلفنی معلولین California به شماره 711 تماس بگیرید.

به صورت آنلاین به وبسایت www.alamedaalliance.org مراجعه کنید.

کنید.

- شما توسط شهرستان به‌عنوان تحت سرپرستی (Foster Youth) یا نوجوان سابق تحت سرپرستی (Former Foster Youth) زیر 26 سال تعیین شده‌اید و در روز تولد 18 سالگی خود تحت سرپرستی (foster care) بوده‌اید. می‌توانید برای دریافت Medi-Cal کامل به هر ارائه‌دهنده FFS Medi-Cal Dental مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید یا می‌خواهید اطلاعات بیشتری در مورد خدمات دندانپزشکی کسب کنید، با خط خدمات مشتریان Medi-Cal Dental به شماره 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 یا 711) تماس بگیرید، یا به وبسایت <https://smilecalifornia.org/> مراجعه کنید.



با بخش خدمات اعضای Alliance به شماره 1-877-932-2738 (1-800-735-2929 TTY) تماس بگیرید. Alliance روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر آماده ارائه خدمات است. این تماس رایگان است. یا با خط تلفنی معلولین California به شماره 711 تماس بگیرید.
به صورت آنلاین به وبسایت www.alamedaalliance.org مراجعه کنید.

6. گزارش‌دهی و حل مشکلات

دادرسی‌های ایالتی

یک دادرسی ایالتی جلسه‌ای با Alliance و یک قاضی از اداره خدمات اجتماعی California (California Department of Social Services, CDSS) است. قاضی به حل مشکل شما کمک می‌کند و تصمیم خواهد گرفت که آیا Alliance تصمیم درستی گرفته است یا خیر. شما حق دارید در صورتی که قبلاً درخواست تجدیدنظر را نزد Alliance ثبت کرده‌اید و همچنان از تصمیم ما راضی نیستید یا اگر پس از 30 روز تصمیمی در مورد درخواست تجدیدنظر خود دریافت نکرده‌اید، درخواست دادرسی ایالتی کنید.

شما باید ظرف 120 روز از تاریخ درج شده در نامه اطلاعیه حل و فصل تجدیدنظر (Notice of Appeal Resolution, NAR) ما، درخواست دادرسی ایالتی کنید. اگر در طول فرآیند درخواست تجدیدنظر، کمک هزینه‌های معوق به شما ارائه داده‌ایم و می‌خواهید تا زمان تصمیم‌گیری در مورد دادرسی ایالتی شما ادامه یابد، باید ظرف 10 روز پس از نامه NAR ما یا قبل از تاریخی که ما برای توقف خدمات اعلام کرده‌ایم، هر کدام که دیرتر باشد، درخواست دادرسی ایالتی ثبت کنید.

اگر برای اطمینان از تداوم کمک هزینه‌های معوق تا زمان تصمیم‌گیری نهایی در مورد دادرسی ایالتی خود به کمک نیاز دارید، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر با Alliance به شماره 1-800-735-2929 یا خط تلفن رایگان به شماره 1-877-932-2738 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به خوبی بشنوید یا صحبت کنید، با 1-800-735-2929 یا 711 تماس بگیرید. نماینده مجاز یا ارائه‌دهنده خدمات شما نیز می‌تواند با اجازه کتبی شما، به‌جای شما درخواست دادرسی ایالتی کنند.

گاهی اوقات می‌توانید بدون تکمیل فرآیند تجدیدنظر ما، درخواست دادرسی ایالتی کنید.

به‌عنوان مثال، اگر Alliance به درستی یا به موقع شما را در مورد خدماتتان مطلع نکرد، می‌توانید بدون نیاز به تکمیل فرآیند تجدیدنظر ما، درخواست دادرسی ایالتی کنید. به این حالت، استیفای ضمنی (Deemed Exhaustion) گفته می‌شود. در اینجا چند نمونه از استیفای ضمنی آورده شده است:



با بخش خدمات اعضای Alliance به شماره 1-877-932-2738 (1-800-735-2929 TTY) تماس بگیرید. Alliance روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر آماده ارائه خدمات است. این تماس رایگان است یا با خط تلفنی معلولین California به شماره 711 تماس بگیرید.

به صورت آنلاین به وبسایت www.alamedaalliance.org مراجعه کنید.

6 | گزارش‌دهی و حل مشکلات

- ما نامه اطلاعیه اقدام (Notice of Action, NOA) یا اطلاعیه حل و فصل تجدیدنظر (NAR) را به زبان مورد نظر شما ارائه نکردیم
- ما اشتباهی مرتکب شدیم که بر هر یک از حقوق شما تأثیر می‌گذارد
- ما نامه NOA را به شما ندادیم
- ما نامه NAR را به شما ندادیم
- در نامه NAR ما اشتباهی وجود داشت
- ما ظرف 30 روز در مورد درخواست تجدیدنظر شما تصمیم‌گیری نکردیم
- ما تصمیم گرفتیم که پرونده شما فوری است اما ظرف 72 ساعت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ ندادیم

شما می‌توانید برای دادرسی ایالتی به روش‌های زیر درخواست دهید:

- از طریق تلفن: با بخش دادرسی‌های ایالتی CDSS به شماره 1-800-743-8525
- از طریق TTY 1-800-952-8349 یا 711 تماس بگیرید
- از طریق پست: فرم ارائه شده همراه با اطلاعیه حل و فصل درخواست تجدیدنظر خود را تکمیل و آن را به آدرس زیر پست کنید:

California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814

- به صورت آنلاین: درخواست جلسه رسیدگی را به صورت آنلاین ثبت کنید در www.cdss.ca.gov
- از طریق ایمیل: فرمی را که همراه با اطلاعیه نتیجه رسیدگی به درخواست تجدیدنظر شما ارسال شده است تکمیل کرده و از طریق ایمیل آتی ارسال نمایید Scopeofbenefits@dss.ca.gov
- توجه: اگر آن را از طریق ایمیل ارسال می‌کنید، این خطر وجود دارد که شخصی غیر از بخش دادرسی‌های ایالتی ایمیل شما را رهگیری کند. یک روش امن‌تر برای ارسال درخواست خود در نظر بگیرید.
- از طریق فکس: فرمی را که همراه با اطلاعیه حل و فصل درخواست تجدیدنظر خود دریافت کرده‌اید، تکمیل کرده و آن را به بخش دادرسی‌های ایالتی به شماره 1-3487-309-916 یا شماره رایگان 1-0903-281-833 فکس کنید.

اگر برای درخواست دادرسی ایالتی به کمک نیاز دارید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. می‌توانیم خدمات زبانی رایگان در اختیارتان قرار دهیم. با شماره 1-510-747-4567 یا خط تلفن رایگان به شماره 1-877-932-2738

1-800-735-2929 TTY یا 711 تماس بگیرید.

در جلسه دادرسی، شما به قاضی خواهید گفت که چرا با تصمیم Alliance مخالف هستید. Alliance به قاضی توضیح خواهد داد که چگونه تصمیم خود را گرفته است. ممکن است تا 90 روز طول بکشد تا قاضی در مورد پرونده شما



با بخش خدمات اعضای Alliance به شماره 1-877-932-2738

1-800-735-2929 TTY تماس بگیرید. Alliance روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر آماده ارائه خدمات است. این تماس رایگان است. یا با خط تلفنی معلولین California به شماره 711 تماس بگیرید.

به صورت آنلاین به وبسایت www.alamedaalliance.org مراجعه کنید.

تصمیم‌گیری کند. Alliance باید از تصمیمی که قاضی می‌گیرد، پیروی کند.

اگر می‌خواهید CDSS به سرعت تصمیم‌گیری کند، زیرا زمان لازم برای برگزاری دادرسی ایالتی زندگی، سلامتی یا توانایی شما برای عملکرد کامل را به خطر می‌اندازد، شما، نماینده مجاز شما یا ارائه‌دهنده خدمات شما می‌توانید با CDSS تماس بگیرید و درخواست دادرسی ایالتی تسریع‌شده (سریع) کنید. CDSS باید حداکثر تا سه روز کاری پس از دریافت کامل پرونده شما از Alliance، تصمیم‌گیری کند.



با بخش خدمات اعضای Alliance به شماره 1-877-932-2738 (1-800-735-2929 TTY) تماس بگیرید. Alliance روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر آماده ارائه خدمات است. این تماس رایگان است. یا با خط تلفنی معلولین California به شماره 711 تماس بگیرید.
به صورت آنلاین به وبسایت www.alamedaalliance.org مراجعه کنید.

7. حقوق و مسئولیت‌ها

به‌عنوان عضوی از Alliance، شما حقوق و مسئولیت‌های مشخصی دارید. این فصل به توضیح این حقوق و مسئولیت‌ها می‌پردازد. این فصل همچنین شامل اطلاعیه‌های قانونی است که شما به‌عنوان یکی از اعضای Alliance حق دسترسی و آگاهی از آن‌ها را دارید.

اطلاعیه اقدام

هر زمان که Alliance درخواست خدمات مراقبت‌های بهداشتی را رد کند، یا Alliance آن را به تأخیر اندازد، متوقف یا اصلاح کند، یک نامه اطلاعیه اقدام (NOA) برای شما ارسال خواهد کرد. اگر با تصمیم Alliance موافق نباشید، همیشه می‌توانید درخواست تجدیدنظر نزد Alliance ثبت کنید. برای اطلاعات مهم درباره نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر، به بخش «درخواست تجدیدنظر» در فصل 6 این دفترچه راهنما مراجعه کنید. هنگامی که Alliance یک اطلاعیه اقدام (NOA) برای شما ارسال می‌کند، تمام حقوقی را که در صورت مخالفت با تصمیم ما دارید، به شما اطلاع خواهد داد. اگر این اطلاعیه را از شخص یا نهادی غیر از Alliance دریافت کرده‌اید، فوراً با Alliance تماس بگیرید.

محتوای اطلاعیه‌ها

اگر Alliance رد، تأخیر، اصلاح، توقف، تعلیق یا کاهش خدمات شما را به‌طور کامل یا جزئی بر اساس ضرورت پزشکی انجام دهد، نامه NOA شما باید شامل موارد زیر باشد:

- شرح اقداماتی که Alliance قصد دارد انجام دهد
- توضیحی شفاف و مختصر از دلایل تصمیم Alliance
- نحوه تصمیم‌گیری Alliance، از جمله مقررات و دستورالعمل‌های مورد استفاده
- دلایل پزشکی تصمیم اتخاذشده. Alliance باید به‌طور شفاف توضیح دهد که چگونه وضعیت شما با قوانین یا دستورالعمل‌ها همخوانی ندارد.
- اطلاعات مربوط به حق شما برای درخواست و دریافت رایگان نسخه‌ای از تمام اسناد و سوابق مرتبط با NOA.

ترجمه‌ها

Alliance موظف است اطلاعات مکتوب اعضا، از جمله کلیه اطلاعیه‌های مربوط به شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر را، به‌طور کامل به زبان‌های رایج و مورد نظر اعضا ترجمه کند و ارائه دهد.

اطلاعیه کامل ترجمه‌شده باید شامل دلایل پزشکی تصمیم Alliance برای رد، تأخیر، اصلاح، توقف، تعلیق یا کاهش درخواست خدمات مراقبت‌های بهداشتی باشد.



با بخش خدمات اعضای Alliance به شماره 1-877-932-2738

(TTY 1-800-735-2929) تماس بگیرید. Alliance روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر آماده ارائه خدمات است. این تماس رایگان است یا با خط تلفنی معلولین California به شماره 711 تماس بگیرید.

به صورت آنلاین به وبسایت www.alamedaalliance.org مراجعه کنید.

7 | حقوق و مسئولیت‌ها

اگر ترجمه به زبان مورد نظر شما در دسترس نباشد، Alliance موظف است خدمات کمک زبانی شفاهی به زبان مورد نظر شما ارائه دهد تا بتوانید اطلاعات دریافت‌شده را به‌درستی درک کنید.



با بخش خدمات اعضای Alliance به شماره **1-877-932-2738** تماس بگیرید. Alliance روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر آماده ارائه خدمات است. این تماس رایگان است. یا با خط تلفنی معلولین California به شماره 711 تماس بگیرید.
به صورت آنلاین به وبسایت www.alamedaalliance.org مراجعه کنید.