

ALAMEDA
Alliance
FOR HEALTH

نموذج تظلم الأعضاء

يهيمن رضاك في (Alliance) Alameda Alliance for Health! إذا كانت لديك مشكلة مع Alliance، فلدك الحق في تقديم تظلم. وهذا ما يسمى أيضًا بتقديم تظلم.

تعليمات

1. يرجى الطباعة بشكل واضح، أو كتابة كافة الحقول أدناه. يمكنك إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.
2. يرجى إرسال النموذج المكتمل عبر البريد أو شخصيًا:

a. عبر البريد على العنوان: Alameda Alliance for Health, Attn: Member Services, PO Box 2818, Alameda, CA 94501-0818
b. شخصيًا: 1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502
(ساعات الردهة: الثلاثاء والأربعاء والخميس، من 9 صباحًا إلى 11 صباحًا ومن 2 ظهرًا إلى 4 مساءً)

إن كانت لديك أسئلة، أو كنت بحاجة إلى مساعدة في هذا النموذج، يرجى الاتصال بـ:

قسم خدمات أعضاء Alliance، من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 5 مساءً
رقم الهاتف: 1.510.747.4567 - الرقم المجاني: 1.877.932.2738

للأشخاص الذين يعانون إعاقات في السمع والتحدث: (CRS/TTY): 711/1.800.735.2929
www.alamedaalliance.org

القسم 1: معلومات العضو

اسم العائلة: _____ الاسم الأول: _____
تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / العام): _____ رقم تعريف عضو Alliance: _____
العنوان: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____
رقم الهاتف: _____ المنزل المحمول

إن كان ثمة شخص آخر يقدم هذا النموذج:

اسم الشخص الذي قدم التظلم: _____ رقم الهاتف: _____
مكان وقوع الحادث: _____ تاريخ وقوع الحادث: _____
يرجى وصف المشكلة التي واجهتك:

كيف حاولت حل هذه المشكلة؟

ما هو برأيك الحل الجيد لمشكلتك؟

القسم 2: التوقيع

الاسم الكامل (بحروف واضحة): _____
إمضاء: _____ التاريخ: _____

تتولى إدارة الرعاية الصحية المدارة في California مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضد خطتك الصحية، فيجب عليك أولاً الاتصال بخطتك الصحية على الرقم 1-510-747-4567 واستخدام عملية التظلم الخاصة بخطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. لا يسلبك استخدام إجراءات التظلم هذه أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تحقق لك. وإذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم تظلم يتعلق بخدمة طارئة، أو تظلم لم تسوّه خطتك الصحية على نحو مرضٍ، أو تظلم لم يُبْت فيه لمدة تزيد عن 30 يومًا، يمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. وقد تكون مؤهلًا أيضًا للحصول على مراجعة طبية مستقلة (Independent Medical Review, IMR). وإذا كنت مؤهلًا للحصول على مراجعة طبية مستقلة IMR، فستوفر هذه العملية مراجعة حيادية للقرارات الطبية التي اتخذتها الخطة الصحية فيما يتعلق بحالات الضرورة الطبية لتقديم الخدمة أو العلاج الموصى بهما، وقرارات التغطية للعلاجات التجريبية أو الخاضعة للدراسة، والخلافات المتعلقة بالسداد في حالات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. لدى القسم أيضًا رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط (1-877-688-9891) TDD لضعاف السمع والكلام. يحتوي موقع الويب الخاص بالإدارة www.dmhca.gov على نماذج الشكاوى ونماذج طلبات مراجعة طبية مستقلة IMR والتعليمات عبر الإنترنت.