

## طلب مراجعة طبية مستقلة/ نموذج الشكوى

### معلومات هامة

يمكنك أن تقدم طلب الحصول على مراجعة طبية مستقلة/نموذج الشكوى على الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني  
[www.healthhelp.ca.gov](http://www.healthhelp.ca.gov)

- ❖ مجاناً: تتم عملية تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة/شكوى المستهلك مجاناً.
- ❖ سريعاً: يتم اتخاذ القرارات في المراجعات الطبية المستقلة خلال 30 يوم، أو 7 أيام في الحالات الطبية العاجلة.
- ❖ بنجاح: يحصل ما يقرب من 60% من المرضى على الخدمة المطلوبة من خلال طلب المراجعة الطبية المستقلة
- ❖ وبشكل نهائي: يجب أن ينفذ مقدم خدمة التأمين الصحي قرار المراجعة الطبية المستقلة وتقديم الخدمة فوراً

بيانات المريض:

الاسم الأول \_\_\_\_\_ الاسم الأوسط/اسم العائلة \_\_\_\_\_

تاريخ ميلاد المريض (شهر/يوم/سنة) \_\_\_\_\_ الجنس:  ذكر  انثى

اسم الوالد أو الوصي في حالة تعبئة النموذج لطفل قاصر \_\_\_\_\_

عنوان الشارع \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

رقم الهاتف النهاري \_\_\_\_\_ رقم الهاتف المسائي \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

اسم خطة الرعاية الصحية \_\_\_\_\_ رقم عضوية المريض \_\_\_\_\_

اسم المجموعة الطبية (في حال الالتحاق بمجموعة طبية) \_\_\_\_\_

صاحب عمل \_\_\_\_\_ لا تعمل

هل تريد من يساعدك في شكواك؟  نعم  لا

• إذا كانت الإجابة بنعم، من فضلك قم بتعبئة النموذج المرفق "نموذج مساعد مفوض"

هل لديك عضوية في Medi-Cal؟  نعم  لا

• إذا كانت الإجابة بنعم، هل قمت بتعبئة نموذج طلب انعقاد جلسة استماع حكومية عادلة؟  نعم  لا

هل لديك نظام رعاية طبية أو رعاية طبية متميزة؟  نعم  لا

## طلب مراجعة طبية مستقلة/ نموذج الشكوى

هل قمت بتقديم شكوى أو مظلمة من خلال مقدم خطة التأمين الصحي الخاص بك؟  نعم  لا

هل تسعى لتحصيل ثمن خدمة قد تلقيتها بالفعل؟  نعم  لا

• إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر قائمة بتواريخ الخدمة/الخدمات واسم مقدم الخدمة:

هل تسعى للحصول على ترخيص لتلقي خدمات مستقبلية؟  نعم  لا

هل تحتاج إلى مساعدة في نشاطاتك اليومية أو تعتقد أن لديك إعاقة؟  نعم  لا

مشكلتك الصحية (يمكنك استخدام ورقة منفصلة وإرفاق أي مستندات أخرى إذا لزم الأمر).

ما هي حالتك الطبية أو تشخيص الأطباء؟ (من فضلك كن محددًا في إجابتك)

ما هو العلاج/الخدمات الطبية و/أو الأدوية التي تطلبها؟ (من فضلك كن محددًا في إجابتك)

هل تنص خطة التأمين الصحي التي تتبعها على أن العلاج الذي تحتاجه (اختر إجابة واحدة):

- ليس ضروري طبيًا
- ليس طارئًا/عاجلاً
- تجريبي أو استكشافي
- غيرها (من فضلك قم بالتوضيح أدناه)

ضع قائمة بأسماء وأرقام هواتف أطباء الرعاية الأولية أو غيرهم من مقدمي الخدمة الذين شاهدوك أو عالجوك أو تابعوا حالتك الطبية.

هل قابلت أي من مقدمي الخدمة من خارج الشبكة لمتابعة حالتك الطبية؟  نعم  لا

• إذا كانت الإجابة بنعم، من فضلك قم بإرفاق التقارير الطبية مع هذا النموذج.

باختصار، صف المشكلة التي تواجهها مع مقدم خطة التأمين الصحي. على سبيل المثال، وضح إذا ما كانت المشكلة تتمثل في رفض توفير العلاج أو وجود مطالبات غير مدفوعة أو صعوبة الحصول على موعد أو دواء أو إذا كانت الخطة ألغت تغطيتك.

### تفويض طبي

أطلب من قسم إدارة الرعاية الصحية اتخاذ قرار حول خطة التأمين الصحي الخاصة بي. وأطلب من القسم الاطلاع على نموذج المراجعة الطبية المستقلة/نموذج الشكوى لتحديد إذا ما كانت شكواي مؤهلة للحصول على مراجعة طبية مستقلة أو عملية شكوى العميل لدى قسم إدارة الرعاية الصحية. وأسمح لمقدمي الخدمة، السابقين والحاليين، وخطة التأمين الصحي الخاصة بي الكشف عن تقاريري وبياناتي الطبية لعرض قضيتي. وقد تشمل هذه التقارير على السجلات الطبية وتقارير الحالة العقلية وتعاطي المخدرات وفيروس نقص المناعة وتقارير التصوير التشخيصي

## طلب مراجعة طبية مستقلة/ نموذج الشكوى

وغيرها من السجلات المتعلقة بحالتي. وقد تشمل هذه التقارير أيضًا سجلات غير طبية وغيرها من المعلومات المتعلقة بحالتي. وأسمح لقسم إدارة الرعاية الصحية استعراض هذه التقارير والبيانات وإرسالها إلى مقدمي خطة التأمين الصحي الخاصة بي. وستنتهي مدة صلاحية هذا الإذن بعد مرور سنة واحدة من التاريخ الموضح أدناه، باستثناء ما يسمح به القانون. على سبيل المثال، سمح القانون لقسم إدارة الرعاية الصحية الاستمرار في استخدام بياناتي داخليًا. ويمكنني أن أنهى مدة صلاحية الإذن في وقت أقرب إذا كنت أرغب في ذلك. وأقر بأن جميع المعلومات المقدمة في هذا المستند حقيقية.

توقيع المريض أو والديه \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

يرجى الاطلاع على ورقة التعليمات لأي معلومات حول إرسال البريد الإلكتروني والفاكس.

### للمعلومات الإحصائية فقط

يرجى منك توفير المعلومات التالية بشكل تطوعي؛ سيساعد تقديمك لهذه المعلومات قسم إدارة الرعاية الصحية في تحديد أنماط المشكلات. ويخول ميثاق الصحة والسلامة المادة 1374.30 قسم إدارة الرعاية الصحية الحصول على هذه المعلومات للأغراض البحثية والإحصائية. وإعطاء هذه المعلومات هو أمر اختياري ولن يؤثر على القرار الخاص بالمراجعة الطبية المستقلة والشكوى بأي شكل من الأشكال.

لغة التحدث الأساسية: \_\_\_\_\_  اختار عدم الإفصاح

الأصل/ الانتماء العرقي: \_\_\_\_\_  اختار عدم الإفصاح

## نموذج طلب مساعد مفوض

إذا كنت تريد إعطاء الأذن لشخص آخر لمساعدتك في تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى، قم باستكمال الفقرات أ و ب فيما يلي.

إذا كنت أحد الوالدين أو الأوصياء الشرعيين وتقوم بتعبئة نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى نيابةً عن طفل تحت 18 سنة، لا يتوجب عليك استكمال النموذج التالي.

إذا كنت تقوم بتعبئة نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى نيابةً عن مريض لا يمكنه استكمال هذا النموذج بنفسه سواءً لأن المريض عاجز أو غير قادر، ولديك السلطة القانونية للتصرف نيابةً عن هذا المريض، يرجى منك استكمال الفقرة ب فقط. ويرجى منك أيضاً إرفاق نسخة من التوكيل الرسمي الخاص باتخاذ قرارات الرعاية الطبية أو غيرها من الوثائق التي تثبت أحقيتك في اتخاذ القرار نيابةً عن المريض.

### فقرة أ: المريض

أسمح للشخص المذكور اسمه في الفقرة ب أدناه مساعدتي في تعبئة نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى المقدمة إلى قسم إدارة الرعاية الصحية. وأسمح لفريق العمل في قسم إدارة الرعاية الصحية وطلب المراجعة الطبية المستقلة مشاركة البيانات حول حالتي الطبية والرعاية مع الشخص المذكور أدناه. وقد تشمل هذه البيانات سجلات حول الصحة العقلية وعلاج أو اختبارات فيروس نقص المناعة وتعاطي الكحول أو المخدرات وغيرها من بيانات الرعاية الطبية.

اتفهم أن المعلومات ذات الصلة بالمراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى فقط هي التي سيتم مشاركتها.

موافقتي على هذه المساعدة كانت تطوعية، واحتفظ بالحق في إلغائها. وإذا اردت إلغائها، سألتزم بفعل ذلك كتابةً.

توقيع المريض \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

### فقرة ب: الشخص المساعد للمريض

اسم الشخص المساعد \_\_\_\_\_

توقيع الشخص المساعد \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

القُرابة مع المريض \_\_\_\_\_

رقم الهاتف النهاري \_\_\_\_\_

رقم الهاتف المسائي \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

تم إرفاق نسخة من التوكيل القانوني الذي يخولني اتخاذ قرارات الرعاية الطبية أو غيرها من المستندات القانونية.

## ورقة الإرشادات الخاصة بنموذج المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى

إذا كان لديك أي استفسار، اتصل بمركز المساعدة على الرقم 1-888-466-2219 أو خط الاتصالات للصم (TDD) على الرقم 1-877-688-9891، وهذه المكالمات مجانية.

### قبل أن تتقدم بالطلب:

في معظم الحالات، ينبغي عليك أن تستكمل شكوى الخطة أو عملية التظلم الخاصة بك قبل تقديم شكوى أو طلب الفحص الطبي المستقل إلى مركز الرعاية الصحية المدارة. تعطيك هذه الخطة التي تتبعها، القرار في غضون 30 يوماً أو في غضون 3 أيام إذا كانت المشكلة تمثل تهديداً مباشراً وخطيراً على صحتك.

إذا لم تتأهل خطتك للعلاج لأنه كان تجريبي / قيد التحقيق، لم يكن لديك الحق في الشكوى من الخطة أو عملية التظلم الخاصة بك قبل أن تتقدم بطلب الفحص الطبي المستقل.

ينبغي أن تتقدم بطلب الخضوع للفحص الطبي المستقل في غضون ستة أشهر بعد أن ترسل خطة الرعاية الصحية رداً خطياً على طلبك. وقد يقبل مركز الرعاية الصحية المدارة طلبك بعد مرور ستة أشهر إذا تقرر أن الظروف قد حالت دون تقديمه في الوقت المناسب. يرجى العلم أنه إذا كنت قررت ألا تقدم الشكوى إلى مركز الرعاية الصحية المدارة للمسألة التي من شأنها أن تؤهل لقبول الخضوع للفحص الطبي المستقل، قد يمثل هذا نوعاً من التخلي عن حقوقك لمتابعة الإجراءات القانونية ضد خطة الرعاية الصحية بشأن الخدمة أو العلاج الذي تطلبه.

### كيفية ملء النموذج:

1. يتوفر الملف عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov). وهي أسرع طريقة، أو ملء وتوقيع طلب الخضوع للفحص الطبي المستقل / نموذج الشكوى.
2. إذا كنت ترغب بالاستعانة بشخص آخر ليساعدك في تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى، قم بملء "نموذج طلب مساعد مفوض"
3. إذا كان لديك أي سجلات طبية من مقدمي خدمة من **خارج الشبكة**، يرجى إرفاقها مع نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى. وستوفر خطة التأمين الصحي الخاصة بك السجلات الطبية الصادرة عن مقدمي الخدمة من داخل الشبكة.
4. يمكنك إرفاق أي مستندات أخرى تدعم طلبك. ولكنك لست بحاجة إلى إرفاق أي مستندات أو مراسلات تمت بينك وبين خطة التأمين الصحي تخص هذه الشكوى. سيحصل قسم إدارة الرعاية الصحية على هذه المعلومات مباشرةً من مقدم خدمة التأمين الصحي كجزء من التحقيقات.
5. في حال عدم التقديم عبر الإنترنت، يرجى إرسال النموذج عبر البريد الإلكتروني أو الفاكس مرفقاً بأي مستندات تدعم طلبك إلى:

DMHC Help Center  
980 9th Street Suite 500  
Sacramento CA 95814-2725  
فاكس: 916-255-5241

## ورقة الإرشادات الخاصة بنموذج المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى

ما الذي يتم بعد ذلك؟

سيرسل لك مركز المساعدة خطابًا خلال 7 أيام ليخبرك إذا كنت مؤهلاً للمراجعة الطبية المستقلة. وفي حالة الإقرار بأن شكواك مؤهلة للمراجعة الطبية المستقلة، سيتم إسناد قضيتك إلى متعهد حكومي لإجراء المراجعة. ويُعرف هذا المتعهد الحكومي أيضًا بمؤسسة المراجعة الطبية المستقلة. وسيتم إرسال جميع البيانات ذات الصلة بشكواك والتي في حوزة مركز المساعدة بما في ذلك التقارير الطبية إلى مؤسسة المراجعة الطبية المستقلة. وتتخذ مؤسسة المراجعة الطبية المستقلة قرارها خلال 30 يومًا أو 7 أيام إذا كانت حالتك عاجلة. وسيتم إبلاغك كتابيًا بالقرار الصادر.

وإذا تقرر أنه ينبغي مراجعة شكواك من خلال مكتب شكاوى المستهلك، سيتم اتخاذ قرار بخصوص قضيتك خلال 30 يومًا. وسيتم إبلاغك كتابيًا بالقرار الصادر.

تتطلب معلومات قانون الممارسات لعام 1977 (القانون المدني لولاية كاليفورنيا، القسم 1798.17) الملاحظات التالية:

- يعطي قانون ولاية كاليفورنيا نوكس-كين لقسم إدارة الرعاية الصحية السلطة لتنظيم خطط التأمين الصحي والتحقيق في الشكاوى المقدمة من أعضاء خطط التأمين الصحي.
- يستخدم قسم إدارة الرعاية الصحية بياناتك الشخصية للتحقيق في مشكلتك مع خطة التأمين الصحي وتوفير مراجعة طبية مستقلة إذا كنت مؤهلاً لذلك.
- تقدم المعلومات لقسم إدارة الرعاية الصحية بشكل تطوعي، ولا يتوجب عليك توفيرها. ولكن في حال عدم تقديمها، قد لا يتمكن قسم إدارة الرعاية الصحية من التحقيق في شكواك أو تقديم مراجعة طبية مستقلة.
- قد يتشارك قسم إدارة الرعاية الصحية بياناتك، عند الحاجة، مع خطة التأمين الصحي ومقدمي الخدمة الذين يقومون بإجراء المراجعة الطبية المستقلة.
- وقد يتشارك قسم إدارة الرعاية الصحية أيضًا بياناتك مع وكالات حكومية أخرى إذا تطلب الأمر وفي الحد الذي يسمح به القانون.
- لديك الحق في الاطلاع على بياناتك الشخصية. وللقيام بذلك، يمكنك التواصل مع منسق طلبات السجلات في قسم إدارة الرعاية الصحية ومكتب الخدمات القانونية التابع لقسم إدارة الرعاية الصحية، 980 شارع 9، جناح رقم 500، ساكرامنتو، كاليفورنيا 95814-2725 أو الاتصال على الرقم 916-322-6727