

# نموذج تظلم العضو (Member Grievance Form)



## إشعار عدم التمييز

التمييز مخالف للقانون. تتبع Kaiser Permanente قوانين الحقوق المدنية الفدرالية والولاية.

لا تميز Kaiser Permanente بشكل مخالف للقانون ولا تستثني الناس ولا تعاملهم بشكل مختلف بسبب العمر أو العرق أو الانتماء إلى مجموعة إثنية أو اللون أو الأصل القومي أو الخلفية الثقافية أو النسب أو الدين أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التعبير عن الجنس أو التوجه الجنسي أو الحالة الاجتماعية أو الإعاقة الجسدية أو العقلية أو الحالة الطبية أو مصدر الدفع أو المعلومات الجينية أو المواطنة أو اللغة الأساسية أو حالة الهجرة.

تقدم Kaiser Permanente الخدمات التالية:

- مساعدات وخدمات مجانية لذوي الإعاقة للتواصل معنا بفعالية، مثل:
  - ◆ مترجمي لغة إشارة مؤهلين
  - ◆ معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (برايل، خط كبير، تنسيق صوتي، تنسيقات إلكترونية سهل التعامل معها، وغيرها من التنسيقات)
- تقدم خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين تكون لغتهم الأساسية غير الإنجليزية، مثل:
  - ◆ مترجمين شفويين مؤهلين
  - ◆ معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى تلك الخدمات، فاتصل بمركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا على الرقم **1-800-464-4000 (TTY 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات مغلقة). إذا لا يمكنك التحدث أو السماع بشكل جيد، يُرجى الاتصال على الرقم **711**.

عند الطلب، يمكن توفير هذا المستند لك بطريقة برايل ، بخط كبير، كاسيت صوتي ، أو إلكتروني. للحصول على نسخة بأحد هذه التنسيقات البديلة، أو تنسيق آخر، اتصل بمركز اتصال خدمة الأعضاء واطلب التنسيق الذي تحتاجه.

## كيفية تقديم تظلم إلى Kaiser Permanente

يمكنك تقديم تظلم ضد التمييز إلى Kaiser Permanente إذا كنت تعتقد أننا قد أخفقتنا في تقديم هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بشكل غير قانوني بطريقة أخرى. يرجى الرجوع إلى إثبات التغطية (*Evidence of Coverage*) أو شهادة التأمين (*Certificate of Insurance*) للتحقق من التفاصيل. يمكنك أيضاً التحدث مع أحد ممثلي خدمات الأعضاء حول الخيارات التي تنطبق عليك. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم تظلم.

يمكنك التقدم بتظلم من خلال إحدى الطرق التالية:

- **هاتفياً:** اتصل مع خدمات الأعضاء على الرقم **1 800-464-4000 (TTY 711)** على مدار 24 ساعة في اليوم، و 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات مغلقة).
- **بالبريد:** اتصل بنا على الرقم **1 800-464-4000 (TTY 711)** واطلب إرسال نموذج إليك
- **شخصياً:** املاً نموذج شكوى أو نموذج طلب/مطالبة مزايا (*Complaint or Benefit Claim/Request*) لدى مكتب خدمات الأعضاء في أحد مرافق الشبكة (انتقل إلى دليل المزودين (*Provider Directory*) الخاص بك على الموقع [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) للاطلاع على العناوين)
- **عبر الإنترنت:** استخدم النموذج الإلكتروني المتاح على موقعنا الإلكتروني [kp.org](http://kp.org)

ويمكنك أيضًا التواصل مع منسقي الحقوق المدنية في مؤسسة Kaiser Permanente مباشرة على العناوين أدناه:

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
Member Relations Grievance Operations  
P.O. Box 939001  
San Diego CA 92193

كيفية تقديم تظلم إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (للمستفيدين من *Medi-Cal* فقط)  
يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في ولاية كاليفورنيا كتابةً أو عبر الهاتف أو عبر البريد الإلكتروني:

- عبر الهاتف : اتصل بمكتب DHCS للحقوق المدنية على الرقم **916-440-7370 (TTY 711)**
- عن طريق البريد: املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالةً إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

نماذج الشكوى متاحة على: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- عبر الإنترنت: أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

كيفية تقديم تظلم إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية

يمكنك تقديم شكوى ضد التمييز إلى وزارة الصحة الأمريكية ومكتب الخدمات الإنسانية للحقوق المدنية. يمكنك تقديم طعن عبر الهاتف أو كتابةً أو عبر الإنترنت:

- عبر الهاتف: اتصل بالرقم **1-800-368-1019 (TTY 711)** أو **1-800-537-7697**
- عن طريق البريد: املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالةً إلى:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

توجد نماذج الشكاوى على:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- عبر الإنترنت: قم بزيارة بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية على:  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

# Language Assistance Services

**English:** Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

**Arabic:** خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغة أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

**Armenian:** Ձեզ կարող է անվճար օգնություն ստանալիս լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

**Chinese:** 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

**Farsi:** خدمات زبانی در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورتهای دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمکهای جانبی و وسایل. کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

**Hindi:** बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

**Hmong:** Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

**Japanese:** 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

**Khmer:** ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្ងៃដល់អ្នកឡើយ  
24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។  
អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបក  
ប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។  
អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនង  
សម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។  
គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000**  
បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍  
(បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 711។

**Korean:** 요일 및 시간에 관계없이 언어지원  
서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는  
통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체  
형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희  
시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수  
있습니다. 요일 및 시간에 관계없이  
**1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오. (공휴일휴무).  
TTY 사용자번호 **711**.

**Laotian:** ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍຮັ່ງ  
ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ  
ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ  
ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ.  
ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນ  
ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈ  
ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7  
ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໃຫ້  
**711**.

**Mien:** Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan  
waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih,  
yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc  
norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov  
heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun  
muangx, dorh nyungc horngh jaa-sic mingh faan benx  
meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc  
sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc  
benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic  
nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn  
zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo  
yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc  
maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc  
maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc).  
TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

**Navajo:** Doo bik'é asinílaágoó saad bee ata' hane' bee  
áká e'elyeed nich'í' aq'at'é, t'áá álahjí' jíigo dóó  
tí'ée'go áádóó tsosts'íjí aq'at'é. Ata' hane' yidííkił,  
naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi  
doodago hane' bee didííts'ííligíí yidííkił. Hane' bee  
bik'í' di'díííligíí dóó bee hane' didííts'ííligíí  
bína'idííkiłgo yidííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**,  
t'áá álahjí', jíigo dóó tí'ée'go áádóó tsosts'íjí aq'at'é.  
(Dahodíizingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal).  
TTY chodayool'ínígíí kojí dahalne' **711**.

**Punjabi:** ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ  
7 ਦਿਨ, ਦੁਬਾਸੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ  
ਦੁਬਾਸੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ  
ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ  
ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ  
ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।  
ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ  
ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY  
ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

**Russian:** Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами  
перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете  
воспользоваться помощью устного переводчика,  
запросить перевод материалов на свой язык или  
запросить их в одном из альтернативных форматов.  
Мы также можем помочь вам с вспомогательными  
средствами и альтернативными форматами. Просто  
позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который  
доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме  
праздничных дней). Пользователи линии TTY могут  
звонить по номеру **711**.

**Spanish:** Tenemos disponible asistencia en su idioma  
sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la  
semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete,  
que los materiales se traduzcan a su idioma o en  
formatos alternativos. También puede solicitar recursos  
para discapacidades en nuestros centros de atención.  
Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a  
la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de  
TTY, deben llamar al **711**.

**Tagalog:** May magagamit na tulong sa wika nang wala  
kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat  
linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng  
tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong  
wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring  
humiling ng mga karagdagang tulong at device sa  
aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa  
**1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat  
linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga  
gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

**Thai:** มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง  
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถ ขอใช้บริการล่าม  
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้  
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ  
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหา เราที่ **1-800-464-4000**  
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)  
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

**Ukrainian:** Послуги перекладача надаються  
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви  
можете зробити запит на послуги усного  
перекладача, отримання матеріалів у перекладі  
мовою, якою володієте, або в альтернативних  
форматах. Також ви можете зробити запит на  
отримання допоміжних засобів і пристроїв у  
зкладах нашої мережі компаній. Просто  
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.  
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень  
(крім святкових днів). Номер для користувачів  
телетайпа: **711**.

**Vietnamese:** Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn  
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý  
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch  
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình  
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện  
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.  
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,  
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).  
Người dùng TTY xin gọi **711**.

## أسئلة ومخاوف وطلب خدمات أو عدم رضا عن الرعاية أو الخدمة

تهدف Kaiser Permanente إلى تحقيق أقصى قدر ممكن من الرضا للعضو. تقع على كل طبيب وموظف ومتطوع مسؤولية إرساء تجربة رعاية ممتازة لكل عضو في كل مرة. يتضمن ذلك الاستجابة إلى أي مخاوف أو عدم رضا لديك. تكمن أولويتنا العليا في حل كل مشكلة أو أي مسألة عدم رضا أينما حصلت على الرعاية.

يُرجى التحدّث إلى مدير القسم إذا كان لديك أي سؤال أو قلق أو إذا كنت غير راضٍ عن الرعاية أو الخدمة التي تلقيتها. إذا كنت تفضل طلب خدمة أو تبليغ عن أي مشكلة أو أن تقدّم شكوى، أو تقديم مطالبة خاصة بالمزايا، يمكنك تقديمها مع الخطة الصحية باستخدام النموذج هنا.

### كيف تقوم بتقديم تظلم

يمكنك تقديم تظلم بخصوص أي مسألة. يجب أن يوضح تظلمك مشكلتك، مثل الأسباب التي تجعلك تعتقد أن القرار كان عن طريق الخطأ أو سبب عدم رضاك عن الخدمات التي تلقيتها. عليك تقديم تظلمك شفهيًا في غضون 180 يوم من تاريخ الحادثة التي سببت عدم رضاك. ولكن، إذا كنت عضواً في Medi-Cal فيمكنك تقديم تظلم في أي وقت. يمكنك التقدم بتظلم من خلال إحدى الطرق التالية المشار إليها أدناه:

• عبر البريد إلى [Kaiser Foundation Health Plan](mailto:Kaiser.Foundation.Health.Plan):

**Member Case Resolution Center** (للتظلمات القياسية غير العاجلة/الطارئة)

P.O. Box 9390011

San Diego, CA 92193-90011

أو

**وحدة المراجعة العاجلة** (للتظلمات العاجلة/الطارئة حين الإطار الزمني غير العاجل (أ) قد يهدد حياتك أو صحتك أو القدرة على استعادة الحد الأقصى للوظيفة بشكل خطير، أو (ب) إذا كان برأي طبيب على دراية بحالتك الصحية، قد تتعرض لألم شديد لا يمكن السيطرة عليه بشكل كافٍ بدون الخدمات الطبية موضوع التظلم، أو (ج) إذا أخبرنا مقدم الخدمة أن المسألة عاجلة)

P.O. Box 1809

Pleasanton, CA 94566

• إلى ممثل خدمات الأعضاء في قسم خدمات الأعضاء المحلي

• أو شفهيًا إلى مركز الاتصال الخاص بخدمات الأعضاء، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع،

باستثناء العطل

1-800-464-4000 باللغة الإنجليزية

1-800-788-0616 باللغة الإسبانية

1-800-757-7585 باللغات الصينية

711 :TTY

• زيارة موقعنا الإلكتروني على [kp.org](http://kp.org)

**CALIFORNIA**
**شكوى أو مطالبة مزايًا/نموذج طلب- لغير Medicare**

رقم السجل الطبي		إسم العضو/المريض	
الرمز البريدي	المدينة	الشارع	العنوان
رقم الهاتف النهاري	رقم الهاتف البديل	رقم الهاتف النهاري	
تاريخ الولادة	العلاقة	اسم مقدّم الطلب: (إذا كان يختلف عما ورد أعلاه، سيتم إرسال نموذج بيان ممثل مفوض إلى العضو عبر البريد لملئه):	
رقم الهاتف النهاري	تاريخ وقوع المشكلة	القسم/الموقع والمنشأة الطبية حيث وقعت الحادثة:	

يُرجى وصف طبيعة المشكلة (يُرجى إرفاق صفحات إضافية عند الضرورة):

---



---



---



---

يُرجى شرح كيف حاولت حل هذه المسألة.

---



---



---



---

ما الذي تعتبره الحل المناسب لهذه المشكلة؟

---



---



---



---

التاريخ

التوقيع

**For Program Representative Use Only**

Name of Program Representative	Facility	Date Received
--------------------------------	----------	---------------

## \*عملية تقديم الشكاوى لدى إدارة الرعاية الصحية المُدارة (Department of Managed Health Care)

تتولى إدارة California للرعاية الصحية المدارة مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضد خطتك الصحية، يجب أولاً الاتصال هاتفياً بـ Kaiser Foundation Health Plan على الرقم **1-800-464-4000** واستخدام عملية تقديم التظلم الخاصة بخطتك الصحية قبل الاتصال بالدائرة. لا يحظر استخدام إجراء التظلم هذا أي حقوق قانونية أو تعويضات محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تظلم يتعلق بحالة طارئة، أو تظلم لم يُحل بشكل مرضٍ من خلال خطتك الصحية، أو تظلم ظل من دون حل لأكثر من 30 يوماً، يمكنك الاتصال بالقسم للحصول على المساعدة. قد تكون مؤهلاً أيضاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلاً للمراجعة الطبية المستقلة، فإن عملية المراجعة الطبية المستقلة ستوفر لك مراجعة نزيهة للقرارات الطبية التي اتخذتها الخطة الصحية والمتعلقة بالضرورة الطبية الخاصة بوجود خدمة أو علاج مقترح، وقرارات التغطية من أجل علاجات تحت التجريب أو الاختبار بطبيعتها، وخلافات الدفع مقابل الخدمات في حالات الطوارئ أو الحالات الطبية الطارئة. يتوفر لدى القسم أيضاً رقم هاتف مجاني (**1-888-466-2219**) وخط TDD (**1-877-688-9891**) للصم والبكم. يحتوي الموقع الإلكتروني للإدارة ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)) على نماذج للشكاوى ونماذج لطلب المراجعة الطبية المستقلة IMR وإرشادات عبر الإنترنت.

\* غير متوفر لأعضاء Medi-Cal في Cal-Optima، خطة Gold Coast Health Plan و Partnership HealthPlan of California

إذا كان لديك تهديد وشيك وجدي لصحتك (مثل ألم مبرح، أو احتمال فقدان الحياة أو طرف أو وظيفة جسدية رئيسية)، فيمكنك الاتصال بإدارة الرعاية الصحية المُدارة في California مباشرةً في أي وقت من دون الحاجة إلى تقديم تظلم لدينا.

يُرجى إرسال هذا النموذج بالبريد إلى صناديق البريد المذكورة في الصفحة 7 من أجل معالجتها. إذا كنت تفضل، يمكنك تقديم تظلم على الإنترنت على [kp.org](http://kp.org)، أو شخصياً في مكتب خدمات الأعضاء المحلي أو عبر الهاتف من خلال الاتصال بـ **1-800-464-4000**.





