

نموذج التظلم والالتماس المكتوب الخاص بالعضو- كاليفورنيا

يرجى استخدام هذا النموذج للمساعدة في تقديم تظلم أو التماس مع خطة (LIBERTY) LIBERTY Dental Plan. يمكنك أيضاً استخدام هذا النموذج لتزويد LIBERTY مزيداً من المعلومات لمساعدتنا في مراجعة قضيتك. إذا قمت بتقديم التماس عبر الهاتف، فيمكنك تعبئة هذا النموذج وإرساله بالبريد الإلكتروني إلى LIBERTY. إن هذا اختياري. سنراجع قضيتك دون الحصول على التماس خطي.

| معلومات العضو (يرجى الطباعة) | | |
|------------------------------|--|-------------|
| اسم العائلة للعضو | الاسم الأول للعضو | تاريخ اليوم |
| عنوان شارع العضو | المدينة | الولاية |
| رقم هاتف العضو | رقم بطاقة تعريف العضو (انظر إلى بطاقة التعريف) | |
| صاحب العمل أو المجموعة | اسم المريض | العلاقة |

| معلومات عن الممثل المخول، إذا وجد (يرجى الطباعة) | | |
|--|--------------------|-----------------|
| أخول LIBERTY Dental Plan بأن تسمح للشخص التالي بالتصرف نيابة عني أثناء عملية تقديم التظلم / الالتماس | | |
| اسم العائلة للممثل | الاسم الأول للممثل | رقم هاتف الممثل |
| توقيع الممثل | توقيع العضو | |

| عيادة الأسنان / معلومات مقدم الرعاية (يرجى الطباعة) | | |
|---|--|-----------------|
| أفوض LIBERTY Dental Plan بطلب معلوماتي، بما في ذلك سجلات المخططات والأشعة السينية، إن أمكن، من العيادة التالية: | | |
| رقم العيادة | اسم عيادة الأسنان | تاريخ آخر زيارة |
| عنوان شارع عيادة الأسنان | المدينة | الولاية |
| رقم هاتف عيادة الأسنان | اسم (أسماء) موظفي عيادة الأسنان المعنيين (إذا كان الأمر معروفاً) | |

يجب تقديم التماسات Medicaid في غضون 60 يوماً من تاريخ خطاب الرفض.

يمكن تقديم تظلمات Medicaid في أي وقت.

يجب تقديم التماسات وتظلمات Medicare في غضون 90 يوماً من تاريخ خطاب الرفض الخاص بك أو من الحدث الذي تسبب في استيانتك

يجب تقديم التماسات وتظلمات الفردية / التجارية في غضون 180 يوماً من تاريخ خطاب الرفض الخاص بك أو من الحدث الذي تسبب في استيانتك

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تعبئة هذا النموذج، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **888-703-6999** أو الهاتف النصي **877-855-8039**، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً. يمكننا تزويدك بمترجم فوري دون دفع أي تكلفة، إذا كنت بحاجة إلى مترجم. يحق لك أو لأي شخص تخوله مراجعة ملف قضيتك في أي وقت. سنعطيك نسخًا مجانية.

ملخص التظلم أو الالتماس

يرجى مشاركة أي معلومات لديك عن التظلم أو الالتماس الخاص بك. يرجى تزويدنا بأكبر قدر ممكن من التفاصيل، يرجى تقديم التواريخ والأسماء وأي علاج إذا أمكن ذلك. إذا لزم الأمر يمكنك إرفاق صفحة إضافية.

يرجى مشاركتنا كيف تريد أن ترى تظلمك أو التماسك الذي تم حله.

التاريخ

توقيع العضو

الرجاء إرسال النموذج كامل وموقع عبر:

- الفاكس إلى قسم التظلمات والالتماسات في LIBERTY على الرقم **949-270-0109**
- اتصال بقسم خدمات أعضاء في LIBERTY Dental Plan على الرقم **866-703-6999** أو الهاتف النصي **(877) 855-8039**
- الموقع الإلكتروني باستخدام عملية تقديم التظلم عبر الإنترنت من خلال زيارة الموقع الإلكتروني www.libertydentalplan.com
- أرسل إلينا بريد إلكتروني إلى: GandA@libertydentalplan.com

البريد إلى:

LIBERTY Dental Plan of California
قسم التظلمات والالتماسات
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92602-26110

ستتلقى خطابًا يقر باستلام تظلمك أو التماسك خلال 5 أيام تقويمية من استلامه من قبل LIBERTY.
ستتلقى قرارًا مكتوبًا بخصوص تظلمك أو التماسك خلال 30 يوم تقويمي من استلامه من قبل LIBERTY.

تضطلع دائرة الرعاية الصحية المُدارة (الدائرة) بولاية كاليفورنيا بمسؤولية تنظيم خطط الرعاية المُدارة للأسنان. إذا تلقيت خطاب "إخطار قرار المزايا السلبى"، فيجب عليك أولاً الاتصال بخطة الأسنان الخاصة بك على الرقم 1-888-703-6999 واستخدام الإجراء المتبع للالتماس لدى خطة الأسنان قبل الاتصال بالدائرة. ولا يحظر استخدام إجراء الالتماس لخطة الأسنان لديك حصولك على أي حقوق قانونية أو تعويضات محتملة قد تتوفر لك. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بشأن التماس ينطوي على حالة طارئة، أو التماس لم تتم تسويته بصورة مرضية بواسطة خطة الأسنان لديك، أو التماس لم يُبت فيه لمدة تزيد عن 30 يوماً، فيمكنك عندئذٍ الاتصال بالدائرة للمساعدة. وقد تكون مستحقاً لمراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مستحقاً لمراجعة طبية مستقلة (IMR)، فستوفر لك عملية المراجعة الطبية المستقلة مراجعة نزيهة لقرارات الأسنان المتخذة من قبل خطة أسنان فيما يتعلق بالضرورة الطبية لخدمة أو معالجة مقترحة، ونزاعات السداد للحالات الطارئة أو الخدمات الطبية العاجلة. لدى الدائرة أيضاً رقم هاتف مجاني (1-888-446-2219) وخط لأجهزة الاتصال عن بُعد للسمع (1-877-688-9891) والمخصص لمن يعانون من صعوبات السمع والتحدث. يحتوي الموقع الإلكتروني الخاص بالدائرة (<http://www.dmhc.ca.gov>) على نماذج الشكاوى ونماذج طلبات المراجعة الطبية المستقلة (IMR) والتعليمات عبر الإنترنت.

IMPORTANT: You can get an interpreter at no cost to talk to your dentist or dental plan. To get an interpreter or to request written information (in your language or in a different format, such as Braille or larger font), first call your Dental plan's phone number at 1-888-703-6999. Someone who speaks (your language) can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 1-888-466-2219.

IMPORTANTE: Puede obtener la ayuda de un intérprete sin costo alguno para hablar con su médico o con su plan de salud. Para obtener la ayuda de un intérprete o pedir información escrita (en su idioma o en algún formato diferente, como Braille o tipo de letra más grande), primero llame al número de teléfono de su plan de salud al 1-888-703-6999. Alguien que habla español puede ayudarle. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de ayuda de HMO al 1-888-466-2219. (Spanish)

重要提示: 您與您的醫生或保健計劃工作人員交談時，可獲得免費口譯服務。如需口譯員服務或索取（用給您的語言或布萊葉盲文或大字體等不同格式提供的）書面資料，請先打電話給您的保健計劃，電話號碼 1-888-703-6999。會講（您的語言）的人士將為您提供協助。如需更多協助，請打電話給 HMO 協助中心，電話號碼 1-888-466-2219。(Cantonese or Mandarin)

هام: يمكنك الحصول على خدمات مترجم فوري مجاناً للتحدث مع طبيبك أو خطتك الصحية. للحصول على مترجم فوري أو لطلب معلومات مكتوبة (بلغتك أو بصيغة أخرى، مثل طريقة برايل أو بخط كبير)، اتصل أولاً برقم هاتف الخطة الصحية على 1-888-703-6999. سيساعدك شخص ما يتحدث (نفس لغتك). إذا كنت تريد المزيد من المساعدة، اتصل بمركز مساعدة HMO على الرقم 1-888-466-2219. (Arabic)

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ. Դուք կարող եք խոսել Ձեր բժշկի կամ առողջապահական ծրագրի հետ՝ օգտվելով թարգմանչի ծառայություններից առանց որևէ վճարի: Թարգմանիչ ունենալու կամ գրավոր տեղեկություն խնդրելու համար (հայերենով կամ մեկ այլ ձևաչափով, օրինակ՝ Բրայլը կամ մեծ տառաչափը), նախ զանգահարեք առողջապահական ծրագրի հեռախոսահամարով՝ 1-888-703-6999: Ցանկացած մեկը, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Եթե Ձեզ լրացուցիչ օգնություն է անհրաժեշտ, ապա զանգահարեք Առողջապահական օժանդակության կազմակերպության (HMO) Օգնության կենտրոն՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: (Armenian)

សារ:សំខាន់: អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬស្នើសុំព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (ជាភាសាខ្មែរ ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរច្រាល ឬអក្សរពុម្ពធំៗ) សូមទូរស័ព្ទទៅគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក តាមលេខ 1-888-703-6999 ជាមុនសិន។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អាចជួយអ្នកបាន។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយអង្គការថែរក្សាសុខភាព HMO តាមលេខ 1-888-466-2219។ (Khmer)

مهم: برای گفتگو با پزشک معالج یا طرح بیمه می توانید بطور رایگان مترجم حضوری داشته باشید. برای درخواست مترجم حضوری یا برای دریافت اطلاعات بصورت کتبی (به زبان خود، یا با فرمت های دیگر مانند بریل یا چاپ درشت) ابتدا با شماره تلفن طرح خود یعنی 1-888-703-6999 تماس حاصل نمایید. فردی که (زبان شما را) صحبت می کند، می تواند شما را یاری دهد. اگر به کمک بیشتر نیاز دارید با مرکز کمک رسانی اچ ام او (HMO) به شماره 1-888-466-2219 تماس حاصل نمایید. (Farsi)

TSEEM CEEB: Muaj tus neeg txhais lus pub dawb rau koj kom koj tham tau nrog koj tus kws kho mob los yog nrog lub chaw pab them nqi kho mob rau koj. Yog xav tau ib tug neeg txhais lus los yog xav tau cov ntaub ntawv (sau ua koj yam lus los sis ua lwm yam ntawv, zoo li ua lus Braille los sis ua ntawv loj loj), xub hu rau koj lub chaw pab them nqi kho mob tus xov tooj ntawm 1-888-703-6999. Yuav muaj ib tug neeg hais lus Hmoob pab tau koj. Yog koj xav tau kev pab ntxiv, hu rau HMO Qhov Chaw Txais Tos Pab Neeg ntawm 1-888-466-2219. (Hmong)

중요: 의사나 건강 플랜과 대화하실 때 무료 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 통역을 구하시거나 문자 정보(한국어 번역본 또는 점자나 큰 글자 같이 다른 형식으로 된 정보)를 요청하시려면, 가입하신 건강 플랜에 1-888-703-6999로 먼저 전화하십시오. 한국어를 하는 사람이 도와드릴 수 있습니다. 도움이 더 필요하시면 HMO 도움 센터에 1-888-466-2219로 연락하십시오. (Korean)

ВАЖНО: Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика во время обращения к врачу или в страховой план. Чтобы запросить услуги переводчика или письменную информацию (на русском языке или в другом формате, например, шрифтом Брайля или крупным шрифтом), позвоните в свой страховой план по телефону [1-888-703-6999](tel:1-888-703-6999). Вам окажет помощь русскоговорящий сотрудник. Если вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в справочный центр Организации медицинского обеспечения (HMO) по телефону [1-888-466-2219](tel:1-888-466-2219). (Russian)

MAHALAGA: Maaari kang kumuha ng isang tagasalin nang walang bayad upang makipag-usap sa iyong doktor o planong pangkalusugan. Upang makakuha ng isang tagasalin o upang humiling ng nakasulat na impormasyon (sa iyong wika o sa ibang anyo, tulad ng Braille o malalaking letra), tawagan muna ang numero ng telepono ng iyong planong pangkalusugan sa 1-888-703-6999. Ang isang tao na nakapagsasalita ng Tagalog ay maaaring tumulong sa iyo. Kung kailangan mo ng karagdagang tulong, tawagan ang Sentro ng Pagtulong ng HMO sa 1-888-466-2219. (Tagalog)

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Quý vị có thể được cấp dịch vụ thông dịch miễn phí khi đi khám tại văn phòng bác sĩ hoặc khi cần liên lạc với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Để được cấp dịch vụ thông dịch hoặc yêu cầu văn bản thông tin bằng tiếng Việt hoặc bằng một hình thức khác như chữ nổi hoặc bản in bằng chữ khổ lớn, trước tiên hãy gọi số điện thoại của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị tại 1-888-703-6999. Sẽ có người nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ thêm, vui lòng gọi Trung tâm Hỗ trợ HMO theo số 1-888-466-2219. (Vietnamese)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਗੱਲ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮੁਫਤ ਅਨੁਵਾਦਕ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਨੁਵਾਦਕ ਪਾਉਣ ਲਈ ਜਾਂ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਵੱਖਰੇ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਜਾਂ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰ) ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ, ਪਹਿਲਾਂ 1-888-703-6999 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜੇ ਵੀ (ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ) ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-888-466-2219 'ਤੇ HMO Help Center (ਐਚ.ਐਮ.ਓ. ਸਹਾਇਤਾ ਸੈਂਟਰ) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

重要 通訳を通して医師や医療保険会社とお話しいただけます。料金はかかりません。日本語でサポートを受けたり、日本語で書かれた情報入手するには、あなたの医療保険会社(1-888-703-6999)までお電話ください。日本語が話せるスタッフがお手伝いします。さらなるサポートが必要な場合は、HMO Help Center (1-888-466-2219)までお電話ください。(Japanese)

ສຳຄັນ: ເຈົ້າສາມາດມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າເພື່ອເວົ້ານຳໜ້າໝໍແຂ້ວ ຫຼື ແຜນທັນຕະແພດຂອງເຈົ້າ. ເພື່ອໄດ້ນາຍພາສາ ຫຼື ຂໍຂໍ້ມູນທີ່ເປັນນາຍລັກອັກສອນ (ເປັນພາສາຂອງເຈົ້າ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນ, ເຊັ່ນ ພາສານູນ (Braille) ຫຼື ຕົວໜັງສືໃຫຍ່ກວ່າ), ໂທລະສັບໄປຫາແຜນທັນຕະແພດຂອງເຈົ້າກ່ອນ ຕາມໝາຍເລກໂທລະສັບ 1-888-703-

6999. ຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາ (ລາວ) ສາມາດຊ່ວຍເຫລືອເຈົ້າໄດ້. ຖ້າວ່າເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເພີ່ມຕື່ມ, ໂທລະສັບໄປທີ່ ສູນການຊ່ວຍເຫລືອ HMO ຕາມໝາຍເລກ 1-888-466-2219. (Lao)

कृपया ध्यान दें: आप अपने डेंटिस्ट या डेंटल प्लान से संपर्क करने के लिए मुफ्त में एक दोभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। दोभाषिया प्राप्त करने के लिए या लिखित रूप में निवेदन करने के लिए (अपनी भाषा में या किसी अलग प्रारूप में, जैसे ब्रेल (Braille) या बड़े अक्षर)), पहले अपने डेंटल प्लान के फ़ोन नं 1-888-703-6999 पर कॉल करें। जो (आपकी भाषा बोलता हो), आपकी सहायता कर सकता है। अगर आपको और सहायता की ज़रूरत है, ऐचएमओ (HMO) हैल्प सेंटर को 1-888-466-2219 पर कॉल करें। (Hindi)

เรื่องสำคัญ: ท่านสามารถใช้บริการล่ามได้ฟรีเพื่อช่วยในการคุยกับทันตแพทย์หรือปรึกษาเรื่องแผนการทำฟันของท่าน เพื่อขอใช้บริการล่ามหรือขอข้อมูลในรูปแบบเอกสาร (ในภาษาของท่านหรือในรูปแบบอื่น อย่างเช่น อักษรเบรลล์หรืออักษรขนาดใหญ่พิเศษ) กรุณาโทรไปยังเบอร์ของเราที่หมายเลข **1-888-703-6999** จะมีคนที่พูดภาษาไทยได้คอยช่วยเหลือท่าน ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม กรุณาโทรไปที่ศูนย์ช่วยเหลือ **HMO** ที่หมายเลข **1-888-466-2219**. (Thai)

Discrimination is against the law. LIBERTY Dental Plan (“LIBERTY”) follows State and Federal civil rights laws. LIBERTY does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

LIBERTY provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - ✓ Qualified sign language interpreters
 - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - ✓ Qualified interpreters
 - ✓ Information written in other languages

If you need these services, please contact us between 8 a.m. to 5 p.m. (PST) by calling (888) 703-6999. Or, if you cannot hear or speak well, please call (800) 735-2929

كيفية تقديم طلب التظلم

LIBERTY - فشلت في تقديم هذه الخدمات أو ميزت بشكل غير قانوني بطريقة أخرى على أساس الجنس، أو العرق أو اللون أو الدين أو الأصول أو الأصل القومي أو تحديد هوية المجموعة الإثنية أو السن أو الإعاقة الذهنية أو العجز البدني، الحالة الطبية، المعلومات الوراثية،

- الحالة الاجتماعية، الجنس، الهوية الجنسية، أو الميل الجنسي، فإنه يمكنك تقديم طلب التظلم إلى منسق الحقوق المدنية في LIBERTY. يمكنك أيضًا تقديم طلب التظلم هاتفياً أو خطياً أو إلكترونياً:
- **هاتفياً:** اتصل بمنسق الحقوق المدنية في LIBERTY، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً إلى 5 مساءً (PST) من خلال الاتصال بالرقم 888-704-9833. أو إذا لا تسمع أو تتكلم بشكل جيد، الرجاء الاتصال بالرقم 735-2929 (800).
 - **خطياً:** قم بتعبئة نموذج الشكوى أو اكتب خطاباً وقم بإرساله إلى:
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799
 - **شخصياً:** قم بزيارة مكتب طبيبك أو LIBERTY Dental Plan وقل أنك تريد تقديم تظلم.
 - **إلكترونياً:** قم بزيارة LIBERTY Dental Plan على الموقع الإلكتروني <https://www.libertydentalplan.com>

مكتب الحقوق المدنية - إدارة خدمات الرعاية الصحية بكاليفورنيا

- يمكنك أيضاً تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا ("DHCS") إما هاتفياً أو كتابياً أو إلكترونياً:
- **هاتفياً:** اتصل على الرقم 916-440-7370. إذا لم تتمكن من التحدث أو السماع بشكل جيد، الرجاء الاتصال على الرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).
 - **خطياً:** قم بتعبئة نموذج الشكوى أو أرسل خطاباً إلى:

Michele Villados
نائب مدير، مكتب الحقوق المدنية
إدارة خدمات الرعاية الصحية
مكتب الحقوق المدنية
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

إن نماذج الشكوى موجودة على الرابط http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **إلكترونياً:** أرسل بريد إلكتروني إلى CivilRights@dhcs.ca.gov

مكتب الحقوق المدنية - الإدارة الأمريكية للخدمات الصحية والإنسانية

إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس، فيمكنك أيضاً تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية - الإدارة الأمريكية للخدمات الصحية والإنسانية إما عبر الهاتف، أو كتابةً، أو إلكترونياً:

- **هاتفياً:** اتصل على الرقم 1-800-368-1019. إذا لم تتمكن من التحدث أو السماع بشكل جيد، الرجاء الاتصال عبر جهاز الاتصالات للصم/الهاتف النصي 1-800-537-7697.
- **خطياً:** قم بتعبئة نموذج الشكوى أو أرسل خطاباً إلى:

الإدارة الأمريكية للخدمات الصحية والإنسانية
Independence Avenue, SW 200
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

إن نماذج الشكوى موجودة على الرابط <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **إلكترونياً:** تفضل بزيارة بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية على الرابط <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>