

## فرم کتبی شکایات و تجدید نظر اعضاء - کالیفرنیا

لطفاً از این فرم برای کمک به طرح شکایت یا درخواست تجدیدنظر از (LIBERTY) LIBERTY Dental Plan استفاده کنید. شما همچنین می‌توانید از این فرم برای ارائه اطلاعات بیشتر به LIBERTY استفاده کنید تا به ما در رسیدگی به پرونده خود کمک کنید. اگر از طریق تلفن درخواست تجدید نظر کرده اید، می‌توانید این فرم را تکمیل کرده و آن را برای LIBERTY ارسال کنید. این کار اختیاری می‌باشد. ما پرونده شما را بدون استیناف کتبی بررسی و بازبینی خواهیم کرد.

اطلاعات عضو (لطفاً پر کنید)		
نام خانوادگی عضو	نام عضو	تاریخ امروز
آدرس خیابان عضو	شهر	ایالت زیپ کد
شماره تلفن عضو	شماره شناسایی عضو (به کارت شناسایی عضو مراجعه کنید)	
کارفرما یا گروه	نام بیمار	نوع رابطه

اطلاعات نماینده مجاز، در صورت وجود (لطفاً پر کنید)		
اینجانب به LIBERTY Dental Plan اجازه می‌دهم که به شخص زیر اجازه دهد تا در جریان فرآیند شکایت/تجدیدنظر از طرف من عمل کند.		
نام خانوادگی نماینده	نام نماینده	شماره تلفن نماینده
امضاء نماینده	امضاء عضو	

اطلاعات مطب دندانپزشکی/ارائه دهنده خدمات (لطفاً پر شود)		
اینجانب به LIBERTY Dental Plan اجازه می‌دهم تا اطلاعات مربوط به من، از جمله سوابق نمودار و اشعه ایکس را، در صورت لزوم، از مطب زیر درخواست نماید:		
شماره مطب	نام مطب دندانپزشکی	تاریخ آخرین بازدید
آدرس خیابان مطب دندانپزشکی	شهر	ایالت زیپ کد
شماره تلفن مطب دندانپزشکی	نام (اسامی) کارمندان مطب دندانپزشکی که در جریان موضوع هستند (در صورت اطلاع)	

**درخواست های تجدیدنظر Medicaid باید ظرف 60 روز از تاریخ Denial Letter (نامه انکار) شما ثبت شوند.**

**شکایات Medicaid می‌توانند در هر زمان ثبت شوند.**

**درخواست های تجدیدنظر و شکایات مربوط به Medicare باید ظرف 90 روز از تاریخ Denial Letter شما یا از تاریخ رویدادی که باعث نارضایتی شما شده ثبت شوند.**

**درخواست های تجدیدنظر و شکایات تجاری و شخصی باید در مدت 180 روز از تاریخ Denial Letter شما یا از تاریخ رویدادی که باعث نارضایتی شما شده ارائه شوند.**

اگر شما برای تکمیل این فرم نیاز به کمک دارید، از دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 05:00 عصر با Member Services Department به شماره 888-703-6999 یا TTY 877-855-8039 تماس بگیرید. در صورت نیاز به یک مترجم، ما می توانیم بدون هیچ هزینه ای خدمات ترجمه را برای شما فراهم کنیم. شما یا شخصی که شما به وی اجازه داده اید حق دارید تا فایل پرونده خود را در هر زمان مورد بررسی و بازبینی قرار دهید. ما نسخه های مدارک را به صورت رایگان در اختیار شما قرار می دهیم.

#### خلاصه شکایت یا درخواست تجدید نظر

لطفاً هر گونه اطلاعات در دسترس خود را در مورد شکایت یا درخواست تجدید نظر خود با ما در میان بگذارید. لطفاً تا حد امکان جزئیات بیشتری را در اختیار ما قرار داده، و در صورت امکان لطفاً اطلاعات مربوط به تاریخ ها، نام ها و هر نوع درمان را ارائه دهید. در صورت لزوم می توانید صفحه دیگری را به فرم پیوست کنید.

لطفاً اینکه چگونه می خواهید شکایت یا درخواست تجدید نظر شما حل و فصل شود را با ما در میان بگذارید.

تاریخ

امضاء عضو

لطفاً فرم تکمیل و امضا شده را به این آدرس ارسال کنید:

- با نمایر به LIBERTY's Grievances and Appeals Department به شماره 949-270-0109
- با تلفن به LIBERTY Dental Plan's Member Services Department به شماره 866-703-6999 یا TTY (877) 855-8039
- به روش الکترونیکی، با استفاده از فرآیند ثبت شکایات آنلاین وب سایت [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)
- به روش ارسال ایمیل به آدرس: [GandA@libertydentalplan.com](mailto:GandA@libertydentalplan.com)

به روش پستی به آدرس:  
**LIBERTY Dental Plan of California**  
**Grievances and Appeals Department**  
**P.O. Box 26110**  
**Santa Ana, CA 92602-26110**

شما طی 5 روز تقویمی از تاریخ دریافت از طرف LIBERTY، نامه ای را دریافت خواهید کرد که دریافت شکایت یا درخواست تجدید نظر شما را تأیید می کند. شما ظرف مدت 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت از طرف LIBERTY، یک برگه اتخاذ تصمیم کتبی در زمینه شکایت یا درخواست تجدید نظر خود دریافت خواهید کرد.

اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا مسئول نظارت بر طرحهای خدمات مراقبت سلامت می باشد. در صورتی که بر علیه طرح بیمه سلامتی خود شکایتی دارید، ابتدا باید با طرح بیمه سلامتی خود به شماره (TTY: 800-735-2929) 888-703-6999 تماس گرفته و پیش از تماس با اداره مربوطه از روند طرح شکایت طرح خود استفاده کنید. استفاده از این روش اعتراض بر حقوق قانونی شما یا موارد جبرانی که احتمالاً برای شما موجود باشد تأثیر منفی نمی گذارد. اگر در ارتباط با مواردی از قبیل اعتراض مرتبط با یک مورد اورژانسی، اعتراضی که بصورت رضایتبخش از سوی طرح شما به سامان نرسیده، و یا مواردی که اعتراض شما به مدت بیش از 30 روز بدون راه حل مانده نیاز به کمک دارید می توانید برای راهنمایی با اداره ما تماس بگیرید. شما همچنین ممکن است واجد شرایط بازنگری پزشکی مستقل (IMR) نیز باشید. اگر شما واجد شرایط بازنگری پزشکی مستقل (IMR) باشید، فرآیند IMR یک بازنگری بی طرفانه درباره تصمیم گیریهای پزشکی انجام شده توسط یک طرح سلامت در ارتباط با مواردی از قبیل ضرورت پزشکی خدمات یا درمان پیشنهادی، تصمیمات مرتبط با پوشش برای درمانهای با ماهیت تجربی یا آزمایشی، و یا موارد اختلاف نظر درباره پرداخت ها برای خدمات فوری یا اورژانسی پزشکی را ارائه خواهد داد. اداره همچنین دارای یک تلفن تماس رایگان به شماره (1-888-HMO-2219) و یک خط TDD برای افراد دارای دشواریهای شنوایی یا گفتاری به شماره (1-877-688-9891) می باشد. وب سایت اینترنتی این اداره به آدرس <http://www.hmohelp.ca.gov> دارای فرم های شکایت، فرم های درخواست IMR و دستورالعمل های آنلاین مربوطه می باشد.

**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

### **HOW TO FILE A GRIEVANCE**

If you believe that LIBERTY has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis 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, you can file a grievance with LIBERTY’s Civil Rights Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact LIBERTY’s Civil Rights Coordinator, Monday through Friday, 8 a.m to 5 p.m (PST) by calling 888-704-9833. Or if you cannot hear or speak well, please call (800) 735-2929.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:

P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799
- **In person:** Visit your doctor’s office or LIBERTY Dental Plan and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit LIBERTY Dental Plan website at <https://www.libertydentalplan.com>.

## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES**

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

**Michele Villados**  
**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**

Complaint forms are available at [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **Electronically:** Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Electronically:** Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

**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:** អ្នកអាចទទួលអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬស្នើសុំព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (ជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរក្រាស់ 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:** ເຈົ້າສາມາດມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າເພື່ອເວົ້ານຳໝໍແຂ້ວ ຫຼື ແຜນທັນຕະແພດຂອງເຈົ້າ. ເພື່ອໄດ້ນາຍພາສາ ຫຼື ຂໍຂໍ້ມູນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນ (ເປັນພາສາຂອງເຈົ້າ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນ, ເຊັ່ນ ພາສານູນ (Braille) ຫຼື ຕົວໜັງສືທີ່ໃຫຍ່ກວ່າ), 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)