

## حقوق شما

### تحت برنامه DENTAL MANAGED CARE

اگر با تصمیم گرفته شده درباره درمان دندانپزشکی خود موافق نیستید، می توانید درخواست تجدید نظر (Appeal) نمایید. درخواست تجدید نظر (Appeal) خود را نزد DENTAL PLAN خود ثبت کنید.

#### چگونگی ثبت درخواست تجدید نظر (Appeal)

شما مدت **60 روز** از تاریخ نامه "اعلان اقدام" مهلت دارید که درخواست تجدید نظر خود را ثبت نمایید. اگر در حال حاضر تحت درمان هستید و مایلید که درمان شما ادامه پیدا کند، باید درخواست تجدید نظر خود را ظرف **10 روز** از تاریخ مهر شده اداره پست یا از زمان تحویل نامه به شما؛ یا پیش از تاریخی که قرار است خدمات شما متوقف شود، ارسال نمایید. باید وقتی که درخواست تجدید نظر خود را ثبت می کنید، اعلام نمایید که مایلید درمان مورد نظر خود را کماکان ادامه دهید.

شما می توانید با تلفن یا پست الکترونیکی درخواست تجدیدنظر خود را نزد ما مطرح کنید:

- یا تلفن: شما می توانید از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر با LIBERTY Dental Plan با شماره 1-800-6999-703-888 تماس بگیرید. اگر نمی توانید به خوبی بشنوید یا گفتگو کنید، لطفاً با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرید.

- بصورت کتبی: یا یک فرم درخواست تجدید نظر پر کنید و یا یک نامه نگارش کرده به این آدرس ارسال نمایید:

LIBERTY Dental Plan of California  
340 Commerce Suite 100  
Irvine, CA 92602

فرم درخواست تجدید نظر در مطب دندانپزشکی دکتر شما موجود است. طرح بیمه دندانپزشکی شما نیز می تواند برای شما فرم را بفرستد.

- بصورت الکترونیکی: به وبسایت طرح بیمه درمانی خود مراجعه نمایید. به آدرس [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com) بروید

خودتان نیز می توانید درخواست تجدید نظر (Appeal) خود را ثبت نمایید. یا می توانید از بستگان، دوستان، شخصی که قابل اعتماد و پشتیبان شما است، دندانپزشک، پزشک و یا وکیل خود کمک بگیرید که در ثبت درخواست تجدید نظر به شما کمک کنند. می توانید هرگونه اطلاعاتی که مایلید طرح بیمه دندانپزشکی شما بازنگری کند، ارسال نمایید. دندانپزشکی که درخواست تجدید نظر شما را بررسی می کند، با دندانپزشکی که تصمیم ابتدایی را برای شما گرفته متفاوت است.

طرح بیمه دندانپزشکی 30 روز مهلت دارد که به شما پاسخ دهد. در آن زمان، نامه ای با عنوان "اعلان حل موضوع تجدیدنظر" دریافت خواهید کرد. این نامه به شما خواهد گفت که تصمیم طرح بیمه دندانپزشکی شما چه بوده است. **اگر ظرف 30 روز نامه ای دریافت نکرده اید، می توانید:**

- درخواست "بازنگری پزشکی مستقل" یا (IMR) نمایید و از یک مرجع بازنگری خارج از سازمان طرح بیمه بخواهید که پرونده شما را مورد بازنگری قرار دهد.

- درخواست "دادرسی ایالتی (State Hearing)" نمایید و پرونده شما توسط یک قاضی بررسی می شود. لطفاً برای چگونگی درخواست IMR یا دادرسی ایالتی بخش زیر را مطالعه نمایید.

### تجدید نظر تسریع شده

اگر درد دارید یا معتقدید که انتظار 30 روزه به سلامت یا وضعیت دندان های شما آسیب می رساند، می توانید ظرف 72 ساعت جواب دریافت کنید. در زمان ثبت درخواست تجدید نظر خود، اعلام کنید که چرا انتظار باعث آسیب به سلامت یا وضعیت دندان های شما می شود. اطمینان حاصل نمایید که "درخواست تجدید نظر تسریع شده" می کنید.

---

### اگر با تصمیم تجدید نظر گرفته شده درباره درمان دندانپزشکی خود موافق نیستید

اگر درخواست تجدید نظر خود را ثبت کرده اید و نامه "اعلان حل تجدیدنظر" را دریافت کرده اید که با شما اعلام کرده که طرح بیمه دندانپزشکی شما کماکان خدمات مورد درخواست شما را ارائه نمی دهد، یا اینکه اصلاً نامه ای درباره تصمیم ایشان دریافت نکرده اید و بیش از 30 روز از آن زمان گذشته، می توانید:

- درخواست "بازنگری پزشکی مستقل" یا (IMR) نمایید و از یک مرجع بازنگری خارج از سازمان طرح بیمه بخواهید که پرونده شما را مورد بازنگری قرار دهد.

- درخواست "دادرسی ایالتی (State Hearing)" نمایید و پرونده شما توسط یک قاضی بررسی می شود.

می توانید همزمان درخواست IMR و دادرسی ایالتی نمایید. یا می توانید یکی از این دو روش را ابتدا امتحان کنید و ببینید که مشکل شما را حل می کند یا نه. برای مثال، ابتدا برای IMR درخواست کنید و اگر از نتیجه آن راضی نیستید، می توانید یک دادرسی ایالتی درخواست کنید. در هر حال، اگر شما ابتدا تقاضای یک دادرسی ایالتی را مطرح کنید، دیگر نمی توانید برای IMR درخواست کنید. در این موارد دادرسی ایالتی (State Hearing) تصمیم نهایی را می گیرد.

برای IMR یا دادرسی ایالتی لازم نیست هزینه ای پرداخت نمایید.

---

### بازنگری پزشکی مستقل (IMR)

اگر می خواهید درخواست IMR نمایید، باید ابتدا نزد طرح بیمه دندانپزشکی خود درخواست تجدید نظر کنید. اگر ظرف 30 روز از طرح بیمه دندانپزشکی خود پاسخ نگرفتید، یا اگر از تصمیم طرح بیمه دندانپزشکی خود راضی نباشید، می توانید درخواست IMR نمایید. شما باید ظرف **180 روز** از تاریخ "اعلان حل تجدیدنظر"، درخواست IMR خود را مطرح کنید..

می توانید بدون ثبت درخواست تجدید نظر نیز مستقیماً درخواست IMR نمایید. این در مواردی است که سلامت شما یا کارکرد دندان شما در معرض خطر فوری باشد. پاراگراف زیر به شما اطلاعات مربوط به چگونگی درخواست IMR را می دهد.

California Department of Managed Health Care (دپارتمان مراقبت های مدیریت شده کالیفرنیا) مسئول نظارت بر طرح های مراقبت دندانپزشکی می باشد. اگر نامه "اعلانیه تصمیم عدم تقبل مزایا" دریافت کرده اید، باید ابتدا با شماره 1-888-703-6999 یا طرح دندانپزشکی خود تماس بگیرید و پیش از تماس گرفتن با دپارتمان، روند درخواست تجدیدنظر طرح خود را پیش بگیرید. استفاده از شیوه تجدیدنظر طرح دندانپزشکی، نقش بازدارنده نسبت به هیچیک از حقوق قانونی شما یا امکانات جبران موجود برای شما نخواهد داشت. اگر در مواردی که مربوط به موارد فوری نیاز به کمک برای تجدیدنظر داشته باشید، و یا در مواردی که به درخواست تجدیدنظر شما توسط طرح دندانپزشکی تان بطور مطلوب رسیدگی نشده، یا در مواردی که بیش از 30 روز درخواست تجدیدنظر شما بدون پاسخ باقی مانده باشد، می توانید برای درخواست کمک با دپارتمان تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط یک Independent Medical Review (بازنگری مستقل پزشکی، IMR) نیز باشید. اگر واجد شرایط IMR باشید، فرایند IMR مروری بی طرفانه بر تصمیم گرفته شده توسط طرح دندانپزشکی شما انجام خواهد داد و در مورد نیاز پزشکی به خدمات یا درمان پیشنهادی، و در مورد اختلاف نظر درباره مبالغ خدمات پزشکی فوری یا اضطراری، اظهار نظر خواهد کرد. دپارتمان برای افرادی که اختلال شنوایی یا گفتاری دارند شماره تلفنی رایگان (1-888-HMO-2219) و یک خط TDD به شماره (1-877-688-9891) نیز دارد. وبسایت اینترنتی دپارتمان (<http://www.hmohelp.ca.gov>) فرم شکایات، فرم درخواست IMR و راهنمایی های مربوطه را بصورت آنلاین ارائه می کند.

## دادرسی ایالتی (STATE HEARING)

اگر مایلید که دادرسی ایالتی داشته باشید، باید ظرف **120 روز** از تاریخ "اعلان حل تجدیدنظر"، درخواست خود را مطرح کنید.. شما می توانید از طریق تلفن یا پست تقاضای یک دادرسی ایالتی را مطرح کنید:

- **یا تلفن:** با شماره تلفن **1-800-952-8349** تماس بگیرید. این شماره ممکن است خیلی مشغول باشد. ممکن است به شما اعلام شود که بعدا تماس بگیرید. اگر نمی توانید به خوبی بشنوید یا گفتگو کنید، لطفا با شماره **TTY/TDD 1-800-952-8349** تماس بگیرید.
- **بصورت کتبی:** یک فرم دادرسی ایالتی پر کنید و یا نامه ای به این آدرس ارسال نمایید:

**California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430**

می توانید فرم درخواست دادرسی ایالتی یا نامه خود را به شماره های زیر فاکس کنید 651-5210 (916) یا 651-2789 (916).

اطمینان حاصل نمایید که نام، آدرس، شماره تلفن، تاریخ "اعلان حل تجدیدنظر" (که NAR نیز نامیده می شود)، و علت درخواست دادرسی ایالتی را ذکر کنید. اگر شخص دیگری برای درخواست دادرسی ایالتی به شما کمک می کند، نام، آدرس، و شماره تلفن آنها را روی نامه یا فرم خود ذکر نمایید. اگر به مترجم نیاز دارید، به ما اطلاع دهید که به چه زبانی گفتگو می کنید. برای مترجم لازم نیست هزینه ای پرداخت نمایید. یک مترجم خواهید داشت.

بعد از این که درخواست دادرسی ایالتی نمایید، ممکن است 90 روز طول بکشد تا قاضی درباره پرونده شما تصمیم بگیرد و پاسخ شما را ارسال نماید. اگر درد دارید یا معتقدید که این زمان انتظار به سلامت یا وضعیت دندان های شما آسیب می رساند، می توانید ظرف 3 روز کاری جواب دریافت کنید. از دندانپزشک یا

طرح بیمه دندانپزشکی خود بخواهید که برای شما نامه ای بنویسند. این نامه باید دقیقاً توضیح دهد که چرا 90 روز انتظار برای رسیدگی به پرونده شما می تواند سلامت یا کارکرد دندانی شما را در معرض خطر جدی قرار دهد. اطمینان حاصل نمایید که "درخواست دادرسی تسریع شده" می کنید و نامه را به همراه درخواست دادرسی خود ارسال کنید.

شما می توانید در زمان دادرسی ایالتی خودتان صحبت کنید. یا می توانید از بستگان، دوستان، شخصی که قابل اعتماد و پشتیبان شما است، دندانپزشک، پزشک و یا وکیل خود کمک بگیرید که به جای شما صحبت کنند. اگر مایلید که شخص دیگری به جای شما صحبت کند، باید به دفتر دادرسی ایالتی اعلام کنید که این شخص اجازه دارد به جای شما صحبت کند. به این شخص authorized representative ("نماینده تأیید شده") گفته می شود.

## کمک حقوقی

شاید بتوانید کمک رایگان حقوقی دریافت کنید. تماس با شماره .:

نام سازمان	تلفن	کانتی که این خدمات را ارائه می دهد
Legal Services of Northern California	(888) 354-4474	Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, El Dorado, Glenn, Inyo, Mono, Nevada, Placer, Plumas, Sacramento, San Joaquin, Sierra, Sutter, Tehama, Yuba
Greater Bakersfield Legal Assistance, Inc.	(888) 292-4252	Kern
Central California Legal Services, Inc.	(559) 570-1200	Fresno, Kings, Madera, Mariposa, Stanislaus, Tulare, Tuolumne
California Rural Legal Assistance, Inc.	(760) 353-0220	Imperial
Legal Aid Foundation of Los Angeles	(800) 399-4529	Los Angeles
Legal Aid Society of San Diego	(877) 534-2524	San Diego

همچنین می توانید با انجمن کمک حقوقی محلی در کانتی خودتان به شماره 1-888-804-3536 تماس بگیرید.