

# روال اعتراض و استیناف

خدمات بهداشت و سلامت رفتاری کانتی  
سن دیگو (برنامه)

راهنمای خدمات گیرندگان



COUNTY OF SAN DIEGO  
**HHSA**  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

  
LIVE WELL  
SAN DIEGO

## چگونه می توانم درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی بکنم؟

اگر ذینفع Medi-Cal هستید و قبلاً از روال استیناف برنامه استفاده کرده اید، در صورت مخالفت با تصمیم نهائی استیناف که درباره تصمیم منفی مزایا که درباره خدمات شما گرفته شده است، می توانید درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی بنمائید. در رسیدگی عادلانه ایالتی فرصت خواهید داشت مشکل خود را نزد یک قاضی دیوان اداری مطرح کنید تا در مورد آن رأی صادر شود. برای تقاضای رسیدگی عادلانه ایالتی تا حداکثر 120 روز از تاریخ دریافت تصمیم استیناف فرصت دارید. در صورت عدم تصمیم گیری بموقع در مورد استیناف خود نیز می توانید درخواست رسیدگی کنید.

## کمک برای درخواست رسیدگی

اگر برای درخواست رسیدگی نیاز به کمک دارید می توانید با نهاد مدافعه یا سازمان خدمات اجتماعی ایالتی به شماره **1-800-952-5253** تماس حاصل نمائید.

برای مطرح کردن سؤالات خود و یا کسب اطلاع از روند اعتراض یا استیناف خود نیز می توانید با نهاد مدافعه تماس بگیرید.

## مدافعین ذینفعان و خدمات گیرندگان

خدمات بهداشت و سلامت رفتاری کانتی سن دیگو (برنامه) با دو نهاد برای کمک به شما در حل مسائل و معضلات مربوط به خدمات بهداشت روانی و خدمات اختلالات مصرف مواد قرارداد منعقد نموده است.

برای خدمات بستری یا سکونتی با

اینجا تماس بگیرید:

سرویس مدافعه بیماران JFS  
(JFS PATIENT ADVOCACY)

619-282-1134

یا

1-800-479-2233

برای خدمات غیربستری با

اینجا تماس بگیرید:

**CCHEA**

(مرکز آموزش و مدافعه بهداشتی)

مصرف کنندگان - Consumer

Center for Health Education

(and Advocacy)

1-877-734-3258

## اعتراض چیست؟ استیناف چیست؟

**اعتراض** یعنی اظهار نارضایتی درباره هر موضوعی به غیر از تصمیمات منفی در مورد مزایا.

**استیناف** یعنی بررسی توسط برنامه در مورد تصمیمات منفی مزایا، مانند:

1. رد شدن یا صدور مجوز محدود برای خدمات درخواستی
2. کاهش، تعلیق، یا خاتمه داده شدن خدماتی که قبلاً برای آنها مجوز داده شده بوده است
3. رد کردن کامل یا بخشی از پرداخت مربوط به خدمات
4. عدم ارائه خدمات در زمان مقتضی (ظرف 60 روز)
5. اقدام نکردن برنامه در مهلت زمانی برای حل و فصل متعارف یک اعتراض یا استیناف
6. رد درخواست عضو برای اعتراض به مسئولیت مالی خدمات

اعلامیه تصمیم گیری منفی مزایا ( NOABD - Notice of Adverse Benefit Determination ) یک نامه رسمی درباره اقدامی در خصوص خدمات شما می باشد. اگر NOABD دریافت کنید می توانید تقاضای استیناف بدهید.

## چگونه می توانم درخواستم را تسلیم کنم؟

- شفاهی - تلفنی و یا حضوری در نهاد مدافعه
- با تکمیل فرم اعتراض و استیناف که در دفتر برنامه یا ارائه کننده شما موجود است
- درخواست های شفاهی استیناف باید سپس با ارسال یک درخواست کتبی استیناف پیگیری شوند

## حقوق شما در طول روال

- درخواست ظرف مدت 10 روز مبنی بر اینکه تا زمان روشن شدن نتیجه استیناف، خدمات شما ادامه یابند
- قرار نگرفتن در معرض تبعیض یا جریمه بخاطر تسلیم درخواست
- محافظت از محرمانگی شما، توسط قانون
- به زبانی که آنرا متوجه می شوید برخورد محترمانه و در خور شأن خود ببینید
- معرفی کردن یک نفر دیگر برای اقدام به نمایندگی از سوی خود
- همراه داشتن یک حامی در جلسات در طول روال.

## روش های حل و فصل مسائل

اگر مسئله یا دغدغه ای دارید، یک روش سریع حل و فصل موضوع این است که مستقیماً با ارائه کننده یا مدیریت برنامه صحبت کنید. اگر با درمان یا داروهای خود مخالف باشید می توانید درباره آن از یک کارشناس بالینی دیگر از مجموعه کارکنان ارائه کننده خود یا از طریق **تلفن دسترسی و بحران ( Access & Crisis Line )** نظر ثانوی بگیرید:

**1-888-724-7240 (TTY: 711)**

دریافت نظر ثانوی برای شما هزینه ای ندارد.