

अस्वीकृति के पुनर्विचार के लिए अपील

निर्देश: कृपया आपके या आपके प्रतिनिधि के द्वारा अनुरोधित किसी सेवा या किसी सेवा के भुगतान के लिए हमारे निर्णय के इनकार, स्थगन या संशोधन के लिए अपील का अनुरोध करने के लिए यह फ़ॉर्म भरें। पूरी तरह से भरे गए फ़ॉर्म को नीचे दिए गए पते पर भेजें। स्वास्थ्य प्लान सेवाओं के विभाग इस फ़ॉर्म को मुख्य चिकित्सा अधिकारी या स्वास्थ्य प्लान सेवाओं का वरिष्ठ निदेशक समस्या अग्रेषित करेगा। अधिकारी यह सुनिश्चित करेगा कि यह फ़ॉर्म समीक्षा के लिए एक निष्पक्ष तृतीय पक्ष को भेजा गया है।

दिनांक: _____

सेवा में: On Lok PACE
Health Plan Services Department
1333 Bush Street
San Francisco, CA 94109

प्रेषक: _____
प्रतिभागी/प्रतिभागी के प्रतिनिधि / प्रदाता का नाम

उपरोक्त पहचान वाले व्यक्ति का पता और टेलीफ़ोन नंबर

On Lok PACE # केंद्र

मैं, _____, प्रतिभागी / प्रतिनिधि / प्रदाता (किसी एक पर गोला बनाएँ),
नाम

एतद् द्वारा निम्न सेवा(ओं) या सेवा के लिए भुगतान के इनकार, स्थगन या संशोधन की अपील करता/करती हूँ:

इसके लिए: _____
सेवा(एँ) प्राप्त करने वाले व्यक्ति का नाम

नीचे दिए गए कारणों के लिए:

कृपया मेरे अनुरोध की समीक्षा करें और जितना जल्दी संभव हो, अपने निर्णय के बारे में मुझे सूचित करें।

हस्ताक्षर

तिथि

कैलिफोर्निया के प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्लैन को विनियमित करने के लिए ज़िम्मेदार है। अगर आपको अपने स्वास्थ्य प्लैन से कोई शिकायत है तो आपको सबसे पहले अपने स्वास्थ्य प्लैन को **415-292-8895** या **1-888-996-6565 (TTY: 711)** पर टेलीफ़ोन करना चाहिए और विभाग से संपर्क कर उसके समक्ष अपने स्वास्थ्य प्लैन की शिकायत प्रक्रिया का उपयोग करना चाहिए। इस शिकायत प्रक्रिया का उपयोग करने से आपको उपलब्ध किसी भी संभावित कानूनी अधिकार या उपचार को प्रतिबंधित नहीं करता है। अगर आपको ऐसी शिकायत जो आपात स्थिति से संबद्ध हो, ऐसी शिकायत जिसका समाधान आपके स्वास्थ्य प्लैन द्वारा संतोषजनक रूप से नहीं किया गया है या ऐसी शिकायत जो 30 दिनों से अधिक समय तक अनसुलझी पड़ी है, में मदद चाहिए, तो आप मदद के लिए विभाग को कॉल कर सकते हैं। आप स्वतंत्र चिकित्सा समीक्षा (Independent Medical Review, IMR) के लिए भी पात्र हो सकते हैं। अगर आप IMR के लिए पात्र हैं, तो IMR प्रक्रिया प्रस्तावित सेवा या चिकित्सा की मेडिकल आवश्यकता, ऐसी चिकित्सा के लिए कवरेज निर्णय जो प्रकृति में प्रायोगिक या जाँच योग्य हो और आपातकालीन या तत्काल चिकित्सा सेवाओं के लिए भुगतान विवाद से संबंधित किसी स्वास्थ्य प्लैन द्वारा लिए गए मेडिकल निर्णयों की निष्पक्ष जाँच उपलब्ध कराएगी। विभाग के पास बोलने और सुनने में अक्षम लोगों के लिए भी एक टोल फ्री टेलीफ़ोन नम्बर (**1-888-466-2219**) और एक TDD लाइन (**1-877-688-9891**) भी है। विभाग के इंटरनेट वेबसाइट <http://www.dmhc.ca.gov> में शिकायत फ़ॉर्म, IMR आवेदन फ़ॉर्म तथा निर्देशावली ऑनलाइन मौजूद हैं।

For On Lok PACE Staff Use Only:

-
- On Lok PACE staff member who received the appeal:
 - _____ Health Plan Services Department
 - _____ Social Worker
 - _____ Other, specify: _____
 - Request received by the On Lok PACE staff member identified above: Date _____ Time _____
 - Health Plan Services Department notified of the appeal by telephone or e-mail:
 - Date _____ Time _____
 - Health Plan Services Department sent a written acknowledgment to the participant: Date _____
 - Health Plan Services Department telephoned acknowledgement of receipt to the participant:
 - Date _____ Time _____
 - Health Plan Services Department sent a written notification of the decision to the participant:
 - Date _____ Time _____
 - Health Plan Services Department telephoned notification of the decision to the participant:
 - Date _____ Time _____