

ਮੈਂਬਰ ਵੱਲੋਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਅਤੇ ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ ਲਈ ਹਦਾਇਤਾਂ

ਸਾਡਾ ਮਿਸ਼ਨ: ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰਾਂ, ਅਤੇ ਜਿਹਨਾਂ ਭਾਈਚਾਰਿਆਂ ਦੀ ਅਸੀਂ ਸੇਵਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਨੂੰ ਸਿਹਤਮੰਦ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨਾ ਹੈ



ਤੁਹਾਡਾ ਨਜ਼ਰੀਆ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ! ਅਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸੰਭਵ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਸੇਵਾ ਮਿਲੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ Partnership HealthPlan of California Medi-Cal ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਜਾਂ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਫਾਰਮ ਭਰੋ। ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ ਕਿ ਕੀ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਕਿਵੇਂ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅਨੁਭਵ ਤੋਂ ਖੁਸ਼ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਲਾਭ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕਿਉਂ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਮੱਸਿਆ ਬਾਰੇ ਦੱਸਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਸਾਨੂੰ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਕੇਸ ਦੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਕੇਸ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕੋਈ ਵਿਤਕਰਾ ਜਾਂ ਬਦਲਾਖੋਰੀ ਨਹੀਂ ਕਰਾਂਗੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਆਪਣਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਬਣਾਉਣਾ ਚੁਣਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਕੋਲ Partnership ਕੋਲ ਫਾਈਲ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ ਹੋਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ Medi-Cal ਯੋਗਤਾ ਨਾਲ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਆ ਰਹੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਕਾਉਂਟੀ ਯੋਗਤਾ ਕਰਮਚਾਰੀ (County Eligibility Worker) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕੀ ਹੈ?

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸੇਵਾ ਤੋਂ ਨਾਖੁਸ਼ ਹੋ? ਸ਼ਿਕਾਇਤ Partnership ਲਈ ਇੱਕ ਬੇਨਤੀ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ Partnership ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੇ। ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਇੱਕ ਉਦਾਹਰਨ ਹੈ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਮੁਲਾਕਾਤ ਲਈ ਬਹੁਤ ਦੇਰ ਤੱਕ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕਰਨਾ। ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕੋਈ ਸਮਾਂ ਸੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਅਪੀਲ ਕੀ ਹੈ?

ਅਪੀਲ Partnership ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਲਾਭ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਬਾਰੇ ਕੀਤੇ ਗਏ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਨਾਮਨਜ਼ੂਰ, ਸੀਮਤ, ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕਰਨਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਅਪੀਲ ਦਾ ਇੱਕ ਉਦਾਹਰਨ ਹੈ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਨਾਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਨੋਟਿਸ (Notice of Action, NOA) ਦੇ ਪੱਤਰ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ **60 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ** ਦੇ ਅੰਦਰ ਆਪਣੀ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। NOA ਪੱਤਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਲਾਭ ਨੂੰ ਕਿਉਂ ਨਾਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤਾ ਹੈ।

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਜਾਂ ਅਪੀਲ ਕਿਵੇਂ ਦਾਇਰ ਕਰੀਏ



(800) 863-4155 ਜਾਂ (800) 735-2929 (TTY)

ਕੇਸ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਸੇਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤੱਕ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੋਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਜਾਂ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਪੁੱਛੋ।

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਕੇਸ ਆਨਲਾਈਨ, ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ, ਫੈਕਸ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵੀ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।



Partnership HealthPlan of California
ATTN: Grievance & Appeals Dept.
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534



ਫੈਕਸ ਰਾਹੀਂ ਇੱਥੇ ਦਾਇਰ ਕਰੋ:
(707) 863-4351



ਆਨਲਾਈਨ ਇੱਥੇ ਦਾਇਰ ਕਰੋ:
Partnershiphp.org



ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਥੇ ਦਾਇਰ ਕਰੋ:
Fairfield: 4665 Business Center Drive, Fairfield, CA
Redding: 3688 Avtech Parkway, Redding, CA

ਮੈਂਬਰ ਵੱਲੋਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਅਤੇ ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ ਲਈ ਹਦਾਇਤਾਂ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਪੀਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਤੋਂ ਨਾਖੁਸ਼ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ (California Department of Social Services) ਕੋਲ ਰਾਜ ਸੁਣਵਾਈ (State Hearing) ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ (800) 952-5253 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਪ੍ਰਦਾਤਾ/ਦਫ਼ਤਰੀ ਸਟਾਫ਼ ਲਈ ਹਦਾਇਤਾਂ

ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਮੈਂਬਰ ਆਪਣੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੌਰਾਨ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਦੱਸਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰ ਕੇ ਕੇਸ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਮੈਂਬਰ ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਫਾਰਮ (707) 863-4351 'ਤੇ ਫੈਕਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। Partnership ਉਹਨਾਂ ਦੀਆਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੇਗਾ। Partnership ਜਾਂਚ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਦਫ਼ਤਰ ਨਾਲ ਸਾਂਝੇ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਅਤੇ ਅਪੀਲ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ Partnership ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਸੰਬੰਧ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ (Partnership Provider Relations Representative) ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। Partnership ਦੀਆਂ ਨੀਤੀਆਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਧਿਰ ਨੂੰ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿਰੁੱਧ ਜਵਾਨੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਕੇਸ ਦਾਇਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਜਾਂ ਅਪੀਲ ਦੀ ਜਾਂਚ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਂਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂਬਰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਅਤੇ ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ

ਅੱਜ ਦੀ ਮਿਤੀ:		ਕੇਸ ਦੀ ਕਿਸਮ: ☐ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ☐ ਅਪੀਲ ☐ ਨਹੀਂ ਪਤਾ	
ਮੈਂਬਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਨਾਮ:	ਮੈਂਬਰ ID/CIN:	ਜਨਮ ਮਿਤੀ:	
ਡਾਕ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ:	ਸ਼ਹਿਰ:	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ:	
ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	ਵਿਕਲਪਕ ਫੋਨ ਨੰਬਰ:		
ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ:	ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ: ☐ ਮੈਂਬਰ ☐ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ☐ ਹੋਰ		
ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਜਾਂ ਅਪੀਲ ਦਾ ਵੇਰਵਾ			
ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਮਿਤੀ:	ਸਮੱਸਿਆ ਕਿੱਥੇ ਹੋਈ?		
ਕੌਣ ਸ਼ਾਮਲ ਸੀ?			
ਸੰਖੇਪ ਵਿੱਚ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦੀ ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਮਦਦਗਾਰ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।			
ਜੇਕਰ ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਲਾਭ ਨਾਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ NOA ਪੱਤਰ ਤੋਂ ਅਧਿਕਾਰ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ। ਜੇਕਰ ਇਹ ਗੁੰਮ ਹੈ, ਤਾਂ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਦੀ ਮਿਤੀ ਲਿਖੋ।			
ਹੱਲ			
ਤੁਸੀਂ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀ ਕਦਮ ਚੁੱਕੇ ਹਨ?			
Partnership ਕਿਵੇਂ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ?			
ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ:		ਮਿਤੀ:	

ਇੱਥੇ ਪਤੇ ਤੇ ਡਾਕ ਭੇਜੋ: Partnership, 4665 Business Center Dr., Fairfield, CA 94534

ਫੋਨ: (800) 863-4155 ਫੈਕਸ: (707) 863-4351