State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
Fraud Complaint Form
DMHC 20-220 New: 03/14

DEPARTMENT OF Managed Health Care

فرم شکایت درباره کلاهبرداری ویژه گزارش‌های کلاهبرداری در زمینه فروش بیمه درمان

جزئیات شکایت:

1) شرکت چه خدماتی را به شما پیشنهاد کرد؟

_____

_____

2) آیا آنچه پیشنهاد شده بود را دریافت کردید؟ ☐ بله ☐ خیر

3) آیا معتقد هستید که اظهارات شرکت نادرست بود؟ ☐ بله ☐ خیر

4) به عقیده شما، کدام یک از اظهارات شرکت نادرست بود؟

_____

_____

5) آیا پولی را هم به شرکت پرداخت کردید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، چه مبلغی را پرداخت کردید؟_____

از چه روشی برای پرداخت استفاده نمودید؟_____

6) اولین بار شرکت در چه تاریخی با شما تماس گرفت (روز/ماه/سال)؟_____

7) پاسخ اولیه شما چه بود؟

_____

_____

8) چگونه با شما تماس گرفته شد؟

☐ تلفن
☐ ایمیل
☐ در منزل
☐ در مطب دکتر، داروخانه، یا بیمارستان
☐ آگهی – لطفاً محتوای آگهی و محل ارائه آن را شرح دهید
☐ سایر موارد – لطفاً شرح دهید

_____

_____

9) آیا سندی که از ناحیه شرکت به شما ارائه شده باشد را هم امضاء کردید؟ ☐ بله ☐ خیر

10) آیا هیچ گونه اطلاعات شخصی یا مالی را در اختیار شرکت قرار دادید؟ ☐ بله ☐ خیر

11) لطفاً نام سایر مؤسسات یا سازمان‌هایی که برای کمک با آنها تماس گرفتید را ذکر کنید:

_____

_____

12) برای رسیدگی به شکایت خود چه چیزی را نیاز دارید، می خواهید یا انتظار دارید؟

_____

_____

اطلاعات تکمیلی

لطفاً کلیه اطلاعات تکمیلی که در خصوص تجربه شما حائز اهمیت است را اضافه کنید، از جمله اطلاعات مربوط به شرکت، آنچه به شما پیشنهاد شد، و اینکه آیا آنچه به شما پیشنهاد شد را دریافت کردید یا خیر.

اطلاعات مصرف کننده

لطفاً اطلاعات تماس خود را ارائه دهید تا، در صورت لزوم، بتوانیم برای کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایت‌تان با شما تماس بگیریم.

نام _____ نام خانوادگی _____

نشانی پستی _____

شهر _____ ایالت _____ کدپستی _____

شماره تلفن برای تماس در طول روز # _____ شماره تلفن برای تماس هنگام شب # _____

ایمیل _____

اطلاعات شرکت

لطفاً کلیه اطلاعاتی که درباره شرکت دارید را گزارش کنید.

نام شرکت _____

نشانی پستی _____

شهر _____ ایالت _____ کدپستی _____

تلفن # _____ ایمیل _____

وب‌سایت _____

نام نماینده شرکت _____

عنوان یا سمت نماینده شرکت _____

تلفن # _____ ایمیل _____

نماینده شرکت وابستگی خود را چگونه ذکر کرد (مثلاً وابسته به «طرح» (Plan)، Covered California، «برنامه دولتی» (Government Program)) _____

13) آیا سندی که از ناحیه شرکت به شما ارائه شده باشد را دارید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر سندی را در رابطه با پرونده خود دارید و مایل به ارائه آن هستید، لطفاً یک کپی از آن را همراه با فرم شکایت خود ارائه دهید.

اینجانب از «سازمان مراقبت های بهداشتی مدیریت شده» (Department of Managed Health Care (DMHC)) تقاضا دارم که در خصوص شکایتم به من کمک کند. من آگاهی کامل دارم که DMHC از اطلاعات شخصی من محافظت خواهد کرد. اگر شکایت من در حوزه قضایی DMHC قرار می‌گیرد، DMHC می‌تواند درباره آن تحقیقات بیشتری به عمل آورد و در صورت لزوم با من تماس بگیرد. همچنین، در صورت لزوم، DMHC می‌تواند شکایت من را جهت بررسی بیشتر به Covered California، «سازمان بیمه» (Department of Insurance)، یا سایر نهادهای ذیصلاح ارجاع دهد.

امضاء: _____ تاریخ: _____

دستورالعمل ها:

برای تسلیم یک فرم شکایت درباره کلاهبرداری از طریق پست یا فکس:

1. فرم را تکمیل و امضاء کنید. اگر برای تکمیل پاسخ‌های خود به جای بیشتری نیاز داشته باشید، لطفاً یک برگه جداگانه را ضمیمه فرم کنید.
2. کپی نامه‌ها یا سایر اسنادی که فکر می‌کنید ممکن است به شکایت شما مربوط باشند را ضمیمه کنید. لطفاً کپی سندها را بفرستید نه اصل آنها را. «مرکز کمک و راهنمایی» نمی‌تواند هیچ سندی را به شما بازگرداند.
3. فرم را به همراه کپی کلیه اسناد پشتیبان به نشانی زیر پست یا فکس کنید:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725

فکس: 916-255-5241

اگر درباره فرم شکایت درباره کلاهبرداری سؤالی داشته باشید، لطفاً به صورت رایگان از طریق شماره 1-888-466-2219 یا (TDD) 1-877-688-9891 با «مرکز کمک و راهنمایی» (Help Center) تماس بگیرید.