3. ਦੇਖਭਾਲ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨੀ ਹੈ

ਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ (ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ)

ਕੁਝ ਪ੍ਰਕਾਰ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ PCP ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਨੂੰ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ Partnership ਤੋਂ ਇਜਾਜ਼ਤ ਲੈਣੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਇਸਨੂੰ ਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਜਾਂ ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ ਲਈ ਪੁੱਛਣਾ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ Partnership ਨੂੰ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦੇਖਭਾਲ ਮੈਡੀਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ (ਲੋੜੀਂਦੀ) ਹੈ।

ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Partnership ਇੱਥੇ ਹੈ ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ - ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ। ਕਾਲ ਮੁਫ਼ਤ ਹੈ।
ਜਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਿਲੇਅ ਲਾਈਨ ਨੂੰ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। www.partnershipHP.org 'ਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਜਾਓ।

ਮੈਡੀਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੰਭੀਰ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਬਿਮਾਰ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਚਾਉਣ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਬਿਮਾਰੀ, ਰੋਗ, ਜਾਂ ਸੱਟ ਤੋਂ ਗੰਭੀਰ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਵਾਜਬ ਅਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ, Medi-Cal ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਜੋ ਸਰੀਰਕ ਜਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਬੀਮਾਰੀ ਜਾਂ ਅਜਿਹੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਜਾਂ ਰਾਹਤ ਦੇਣ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ **ਹਮੇਸ਼ਾ** ਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ (ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ) ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ Partnership ਨੈੱਟਵਰਕ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ:

- ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਹੋਣਾ, ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਨਹੀਂ ਹੈ
- Partnership ਸੇਵਾ ਖੇਤਰ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜੇਕਰ ਐਮਰਜੈਂਸੀ

ਜਾਂ ਫੌਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ

- ਬਾਹਰੀ ਮਰੀਜ਼ ਸਰਜਰੀ
- ਨਰਸਿੰਗ ਸਹੂਲਤ ਵਿੱਚ ਲੰਬੀ-ਮਿਆਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਕੁਸ਼ਲ ਨਰਸਿੰਗ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਬਾਲਗ ਅਤੇ ਬਾਲ-ਰੋਗ ਸਬ-ਐਕਿਊਟ ਕੇਅਰ ਸਹੂਲਤਾਂ ਸਮੇਤ ਜੋ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ ਸਬਐਕਿਊਟ ਕੇਅਰ ਯੂਨਿਟ (Department of Health Care Services Subacute Care Unit) ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਕੀਤਾ ਹੈ) ਜਾਂ ਦਰਮਿਆਨੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸਹੂਲਤਾਂ (ਵਿਕਾਸ ਸੰਬੰਧੀ ਅਪੰਗਤਾ ਲਈ ਦਰਮਿਆਨੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸਹੂਲਤ (Intermediate Care Facility for the Developmentally Disabled ICF/DD), ICF/DD-ਹੈਬਿਲਿਟੇਟਿਵ (ICF/DD-H), ICF/DD-ਨਰਸਿੰਗ (ICF/DD-N) ਸਮੇਤ)
- ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਇਲਾਜ, ਇਮੇਜਿੰਗ, ਟੈਸਟਿੰਗ, ਅਤੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ

- ਮੈਡੀਕਲ ਆਵਾਜਾਈ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਦੋਂ ਇਹ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਨਾ ਹੋਵੇ

ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਐਂਬੂਲੈਂਸ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ (ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ) ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

ਮਿਆਰੀ ਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ (ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ) ਬੇਨਤੀਆਂ ਲਈ, Partnership ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਜਦੋਂ Partnership ਨੂੰ ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਜਿਸਦੀ ਉਸਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ (ਮਨਜ਼ੂਰ ਕਰਨ, ਬਦਲਣ ਜਾਂ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ) ਦੀ ਵਾਜਬ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਉਸ ਤੋ ਪੰਜ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਹੀਂ। Partnership ਨੂੰ ਜਵਾਬ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, Partnership ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਮਿਲਣ ਤੋਂ ਸੱਤ ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਹੀਂ।

ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ Partnership ਨੂੰ ਪਤਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ

ਮਿਆਰੀ ਸਮਾਂ ਸੀਮਾ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ, ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਜਾਂ ਮੁੜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਗੰਭੀਰਤਾ ਨਾਲ ਖ਼ਤਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ Partnership ਇੱਕ ਤੇਜ਼ ਤਰਾਰਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ (ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ) ਫੈਸਲਾ ਲਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਅਨੁਸਾਰ Partnership ਜਲਦੀ ਹੀ ਜਵਾਬ ਦੇਵੇਗੀ, ਪਰ Partnership ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਮਿਲਣ ਤੋਂ 72 ਘੰਟਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਹੀਂ।

ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, Partnership ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ (ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ) ਬੇਨਤੀ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ (ਮਨਜ਼ੂਰ ਕਰਨ, ਬਦਲਣ ਜਾਂ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ) ਲਈ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਅਜਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ Partnership ਕੋਲ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ 14 ਹੋਰ ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ Partnership ਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ

ਅਨੁਸਾਰ ਜਲਦੀ ਤੋਂ ਜਲਦੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਮਿਆਰੀ ਬੇਨਤੀਆਂ ਲਈ ਪੰਜ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਤੇਜ਼ ਬੇਨਤੀਆਂ ਲਈ 72 ਘੰਟਿਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਨਹੀਂ। ਤੁਹਾਡਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਮਿਆਰੀ ਬੇਨਤੀਆਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ Partnership ਲਈ ਸਮਾਂ ਵਧਾਉਣ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਮਿਆਰੀ **ਜਾਂ** ਤੇਜ਼ ਬੇਨਤੀਆਂ ਲਈ ਸਮਾਂ ਵਧਾਉਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕਲੀਨਿਕਲ ਜਾਂ ਮੈਡੀਕਲ ਸਟਾਫ਼ ਜਿਵੇਂ ਡਾਕਟਰ, ਨਰਸਾਂ, ਅਤੇ ਫਾਰਮਾਸਿਸਟ ਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ (ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ) ਬੇਨਤੀਆਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਦੇ ਹਨ।

Partnership ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰੇਜ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਜਾਂ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮੀਖਿਅਕਾਂ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। ਜੇਕਰ Partnership ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ, ਤਾਂ Partnership ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਰਵਾਈ ਦਾ ਨੋਟਿਸ (NOA) ਪੱਤਰ ਭੇਜੇਗੀ। NOA ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ

ਤਾਂ ਅਪੀਲ ਕਿਵੇਂ ਦਾਇਰ ਕਰਨੀ ਹੈ।

ਜੇਕਰ Partnership ਨੂੰ ਵਧੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਲਈ ਹੋਰ ਸਮੇਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ Partnership ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੇਗੀ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਕਦੇ ਵੀ ਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ (ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ) ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਭਾਵੇਂ ਇਹ Partnership ਨੈੱਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸੇਵਾ ਖੇਤਰ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ ਤਾਂ ਪ੍ਰਸੂਤੀ ਅਤੇ ਡਿਲਿਵਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੁਝ ਖਾਸ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ (ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ) ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਨ ਲਈ, ਇਸ ਅਧਿਆਇ ਵਿੱਚ ਅੱਗੇ "ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਦੇਖਭਾਲ" ਪੜ੍ਹੋ।

ਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ (ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ) ਬਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਲਈ, 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929 ਜਾਂ 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਦੂਜੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਸੁਝਾਈ ਗਈ ਦੇਖਭਾਲ, ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਨਿਦਾਨ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਦੂਜੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਲੈਣ ਦੀ ਇੱਛਾ ਜਤਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਨਿਦਾਨ ਸਹੀ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਯਕੀਨ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਇਲਾਜ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਦੂਜੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਾਲਹ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਨੈੱਟਵਰਕ-ਅੰਦਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਇਸ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਦੂਜੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਕਿਸੇ ਨੈੱਟਵਰਕ-ਅੰਦਰ

ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ Partnership ਦੂਜੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗੀ। ਕਿਸੇ ਨੈੱਟਵਰਕ ਦੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਦੂਜੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ Partnership ਤੋਂ ਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ (ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ) ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਪਰ ਇੱਕ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਦੂਜੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਯੋਗ ਨੈੱਟਵਰਕ-ਅੰਦਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕੋਲ ਭੇਜਾਂਗੇ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਦੂਜੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਚੁਣਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929 ਜਾਂ 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਨੈੱਟਵਰਕ-ਅੰਦਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੂਜੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਲਈ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਵੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

ਜੇਕਰ Partnership ਨੈੱਟਵਰਕ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਅਜਿਹਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੂਜੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਦੇ ਸਕੇ, ਤਾਂ Partnership ਨੈੱਟਵਰਕ-ਤੋਂ-ਬਾਹਰ ਦੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਦੂਜੀ ਡਾਕਟੀ ਸਲਾਹ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗੀ। Partnership ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗੀ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਦੂਜੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਲਈ ਚੁਣੇ ਗਏ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀ ਅਨੁਸਾਰ ਜਲਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਜਦੋਂ Partnership ਨੂੰ ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਜਿਸਦੀ ਉਸਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਵਾਜਬ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਉਸ ਤੋਂ ਪੰਜ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਹੀਂ, Partnership ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਤੋਂ ਸੱਤ ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਪੁਰਾਣੀ, ਗੰਭੀਰ, ਜਾਂ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਅਤੇ ਗੰਭੀਰ ਖ਼ਤਰਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜਾਨ, ਅੰਗ, ਜਾਂ ਸਰੀਰ ਦੇ ਵੱਡੇ ਅੰਗ ਜਾਂ ਸਰੀਰਕ ਕਾਰਜ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤੱਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ Partnership

ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੇ 72 ਘੰਟਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗੀ।

ਜੇਕਰ Partnership ਦੂਜੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਨ ਲਈ, ਇਸ ਕਿਤਾਬਚੇ ਦੇ ਅਧਿਆਇ 6 ਵਿੱਚ "ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ" ਪੜ੍ਹੋ।

4. ਲਾਭ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਹੋਰ Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਹੋਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸੇਵਾ ਲਈ ਫੀਸ (Fee-for-Service, FFS) Medi-Cal ਜਾਂ ਹੋਰ Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ

Partnership ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ, ਪਰ ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ FFS Medi-Cal ਜਾਂ ਹੋਰ Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। Partnership ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਨਾਲ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰੇਗੀ

ਤਾਂ ਜੋ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਰੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮਿਲਣ, ਸਮੇਤ ਉਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਜੋ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੁਆਰਾ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ Partnership ਦੁਆਰਾ ਨਹੀਂ। ਇਹ ਭਾਗ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਹੋਰ ਜਾਣਨ ਲਈ, 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929 ਜਾਂ 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ

Medi-Cal ਡੈਂਟਲ FFS ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ Medi-Cal FFS ਦੇ ਸਮਾਨ ਹੈ। ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਆਪਣਾ Medi-Cal BIC ਕਾਰਡ ਦਿਖਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਡੈਂਟਲ FFS ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹੀ ਮੈਨੇਜਡ ਕੇਅਰ ਪਲਾਨ ਦਾ

ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜੋ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦੀ ਹੈ।

Medi-Cal ਡੈਂਟਲ ਰਾਹੀਂ Medi-Cal ਡੈਂਟਲ ਦੀਆਂ ਵਿਆਪਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ਸੰਪੂਰਨ ਅਤੇ ਅੰਸ਼ਕ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਡਾਂਚਾ
- ਕ੍ਰਾਊਨ (ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ/ਪ੍ਰਯੋਗਸ਼ਾਲਾ)
- ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਰੋਕਥਾਮ ਸੰਬੰਧੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਾਂਚ, ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਫ਼ਾਈ
- ਦਰਦ ਨਿਯੰਤਰਣ ਲਈ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇਖਭਾਲ
- ਫਿਲਿੰਗਾਂ
- ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਆਰਥੋਡੋਨਟਿਕਸ
- ਰੂਟ ਕੈਨਾਲ ਇਲਾਜ (ਸਾਹਮਣੇ ਵਾਲੇ/ਪਿਛਲੇ)
- ਸਕੇਲਿੰਗ ਅਤੇ ਰੂਟ ਪਲੇਨਿੰਗ

ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Partnership ਇੱਥੇ ਹੈ ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ - ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ। ਕਾਲ ਮੁਫ਼ਤ ਹੈ।

ਜਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਿਲੇਅ ਲਾਈਨ ਨੂੰ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। www.partnershipHP.org 'ਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਜਾਓ।

- ਦੰਦ ਕੱਢਣਾ
- ਟੌਪੀਕਲ ਫਲੋਰਾਈਡ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਜਾਂ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ Medi-Cal ਡੈਂਟਲ ਨੂੰ 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 ਜਾਂ 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਡੈਂਟਲ ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ https://www.dental.dhcs.ca.go 'ਤੇ ਵੀ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

5. ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਨੌਜਵਾਨਾਂ ਦੀ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ

21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਨੌਜਵਾਨ ਮੈਂਬਰ ਨਾਮ ਦਰਜ ਕਰਾਉਣ ਦੇ ਤੁਰੰਤ ਬਾਅਦ ਲੋੜੀਂਦੀ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਹੀ ਰੋਕਥਾਮ, ਦੰਦਾਂ, ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ, ਵਿਕਾਸ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਮੇਤ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਅਧਿਆਇ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਹੋਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸੇਵਾ ਲਈ ਫੀਸ (Fee-for-Service, FFS) Medi-Cal ਜਾਂ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ

ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ

ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਮਸੂੜਿਆਂ ਨੂੰ ਹਰ ਰੋਜ਼ ਕਪੜੇ ਨਾਲ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਪੂੰਝ ਕੇ ਸਾਫ਼ ਰੱਖੋ। ਲਗਭਗ ਚਾਰ ਤੋਂ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ, ਜਦੋਂ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦੰਦ ਆਉਣੇ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ "ਦੰਦ ਨਿਕਲਣੇ" ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਣਗੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਚੈੱਕਅੱਪ ਲਈ ਮੁਲਾਕਾਤ ਓਦੋਂ ਲੈਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਦੰਦ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਜਨਮਦਿਨ ਤੱਕ, ਜੋ ਵੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਵੇ।

ਇਹ Medi-Cal ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਇਹਨਾਂ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ:

0-3 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚੇ

- ਬੱਚੇ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਮੁਲਾਕਾਤ
- ਬੱਚੇ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ
- ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਜਾਂਚਾਂ (ਹਰ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਵੱਧ)
- ਐਕਸ-ਰੇ
- ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਫਾਈ (ਹਰ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਵੱਧ)
- ਫਲੋਰਾਈਡ ਵਾਰਨਿਸ਼ (ਹਰ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਵੱਧ)
- ਫਿਲਿੰਗਾਂ
- ਦੰਦ ਕਢਵਾਉਣਾ
- ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ
- *ਬੇਹੋਸ਼ੀ (ਜੇਕਰ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ)

4-12 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚੇ

- ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਜਾਂਚਾਂ (ਹਰ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਵੱਧ)
- ਐਕਸ-ਰੇ

- ਫਲੋਰਾਈਡ ਵਾਰਨਿਸ਼ (ਹਰ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਵੱਧ)
- ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਫਾਈ (ਹਰ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਵੱਧ)
- ਮੋਲਰ ਸੀਲੈਂਟਸ

13-20 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ

- ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਜਾਂਚਾਂ (ਹਰ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਵੱਧ)
- ਐਕਸ-ਰੇ
- ਫਲੋਰਾਈਡ ਵਾਰਨਿਸ਼ (ਹਰ
- ਫਿਲਿੰਗਾਂ
- ਰੂਟ ਕੈਨਾਲ
- ਦੰਦ ਕਢਵਾਉਣਾ
- ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ
- *ਬੇਹੋਸ਼ੀ (ਜੇਕਰ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ)

ਨੌਜਵਾਨ

ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਵੱਧ)

- ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਫਾਈ (ਹਰ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਵੱਧ)

ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Partnership ਇੱਥੇ ਹੈ ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ - ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ। ਕਾਲ ਮੁਫ਼ਤ ਹੈ।
ਜਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਿਲੇਅ ਲਾਈਨ ਨੂੰ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। www.partnershipHP.org 'ਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਜਾਓ।

- ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਬਨਾਵਟ (ਬਰੇਸਿਜ਼) ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਜੋ ਯੋਗ ਹਨ
- ਫਿਲਿੰਗਾਂ
- ਕਰਾਊਨ
- ਰੂਟ ਕੈਨਾਲ
- ਅੰਸ਼ਕ ਅਤੇ ਪੂਰੇ ਨਕਲੀ ਦੰਦ
- ਸਕੇਲਿੰਗ ਅਤੇ ਰੂਟ ਪਲੇਨਿੰਗ
- ਦੰਦ ਕਢਵਾਉਣਾ
- ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ
- *ਬੇਹੋਸ਼ੀ (ਜੇਕਰ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ)

* ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਅਤੇ ਆਮ ਐਨੇਸਥੀਸੀਆ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਉਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਕਰਦੇ

ਹਨ ਕਿ ਸਥਾਨਕ ਐਨੇਸਥੀਸੀਆ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਢੁਕਵਾਂ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਹੈ ਜਾਂ ਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ (ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ) ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਇਹ ਕੁਝ ਕਾਰਨ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕਰਕੇ ਸਥਾਨਕ ਐਨੇਸਥੀਸੀਆ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਬਜਾਏ ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਜਾਂ ਆਮ ਐਨੇਸਥੀਸੀਆ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ:

- ਸਰੀਰਕ, ਵਿਵਹਾਰਕ, ਵਿਕਾਸ, ਜਾਂ ਭਾਵਨਾਤਮਕ ਸਥਿਤੀ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੀਆਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀ ਹੈ
- ਵੱਡੀਆਂ ਮੁਰੰਮਤ ਜਾਂ ਸਰਜੀਕਲ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ
- ਅਸਹਿਯੋਗੀ ਬੱਚਾ
- ਟੀਕੇ ਦੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਤੀਬਰ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ

- ਦਰਦ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰਨ ਲਈ ਸਥਾਨਕ ਐਨੇਸਥੈਟਿਕ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ Medi-Cal ਡੈਂਟਲ ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 ਜਾਂ 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਜਾਂ https://smilecalifornia.org/ 'ਤੇ ਜਾਓ।

6. ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਹੱਲ ਕਰਨਾ

ਰਾਜ ਦੀਆਂ ਸੁਣਵਾਈਆਂ

ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ Partnership ਅਤੇ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ (CDSS) ਦੇ ਜੱਜ ਨਾਲ ਇੱਕ ਮੀਟਿੰਗ ਹੈ। ਜੱਜ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਫੈਸਲਾ

ਕਰੇਗਾ ਕਿ Partnership ਨੇ ਸਹੀ ਫੈਸਲਾ ਲਿਆ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਜ ਦੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ Partnership ਨਾਲ ਅਪੀਲ ਕਰ ਚੁੱਕੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਹਾਲੇ ਵੀ ਸਾਡੇ ਫੈਸਲੇ ਤੋਂ ਖੁਸ਼ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ 30 ਦਿਨਾਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਆਪਣੀ ਅਪੀਲ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਨੋਟਿਸ ਆਫ਼ ਅਪੀਲ ਰੈਜ਼ੋਲੂਸ਼ਨ (NAR) ਪੱਤਰ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ 120 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ ਦੌਰਾਨ 'ਸਹਾਇਤਾ ਭੁਗਤਾਨ ਬਕਾਇਆ' (Aid Paid Pending) ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਹੋਣ ਤੱਕ ਜਾਰੀ ਰਹੇ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ NAR ਪੱਤਰ ਤੋਂ 10 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ ਉਸ ਮਿਤੀ ਤੋਂ

ਪਹਿਲਾਂ ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਕਿਹਾ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਣਗੀਆਂ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜੋ ਵੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇ, ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ 'ਤੇ ਅੰਤਿਮ ਫੈਸਲਾ ਆਉਣ ਤੱਕ ਸਹਾਇਤਾ ਭੁਗਤਾਨ ਬਕਾਇਆ ਜਾਰੀ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ 1-800-863-4155 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ Partnership ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣ ਜਾਂ ਬੋਲ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, 1-800-735-2929 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਡੀ ਲਿਖਤੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Partnership ਇੱਥੇ ਹੈ ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ - ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ। ਕਾਲ ਮੁਫ਼ਤ ਹੈ।
ਜਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਿਲੇਅ ਲਾਈਨ ਨੂੰ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। www.partnershipHP.org 'ਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਜਾਓ।

ਕਈ ਵਾਰ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਅਪੀਲ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਜੇਕਰ Partnership ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਜਾਂ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਸੂਚਿਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਅਪੀਲ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਰਾਜ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਨੂੰ ਸਾਰੇ ਉਪਾਅ ਵਰਤ ਲਏ ਮੰਨਣਾ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਾਰੇ ਉਪਾਅ ਵਰਤ ਲਏ ਮੰਨੇ ਜਾਣ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਉਦਾਹਰਣਾਂ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹਨ:

- ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਪਸੰਦੀਦਾ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਕਾਰਵਾਈ ਦਾ ਨੋਟਿਸ (NOA) ਜਾਂ NAR ਪੱਤਰ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਕਰਵਾਇਆ।
- ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ

ਕਰਦੀ ਹੈ

- ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ NOA ਪੱਤਰ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ
- ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ NAR ਪੱਤਰ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ
- ਅਸੀਂ ਆਪਣੇ NAR ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ
- ਅਸੀਂ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ
- ਅਸੀਂ ਫੈਸਲਾ ਕੀਤਾ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਕੇਸ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੀ, ਪਰ 72 ਘੰਟਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ

ਤੁਸੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- **ਫ਼ੋਨ ਰਾਹੀਂ:** CDSS ਦੇ ਸਟੇਟ ਹੀਅਰਿੰਗਜ਼ ਡਿਵੀਜ਼ਨ ਨੂੰ 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349 ਜਾਂ 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ**
- **ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ**: ਆਪਣੀ ਅਪੀਲ ਰੈਜ਼ੋਲੂਸ਼ਨ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਨਾਲ ਦਿੱਤਾ

ਫਾਰਮ ਭਰੋ। ਇਸਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ:

ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਸੋਸ਼ਲ ਸਰਵਿਸਿਜ਼

State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814

- **ਔਨਲਾਈਨ:** ਔਨਲਾਈਨ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰੋ **www.cdss.ca.gov**
- **ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ:** ਤੁਹਾਡੇ ਅਪੀਲ ਨਿਪਟਾਰੇ ਦੇ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਨਾਲ ਆਏ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰੋ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਈਮੇਲ ਕਰੋ **Scopeofbenefits@dss.ca.gov**
  - ਨੋਟ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਈਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਭੇਜਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਜੋਖਮ ਹੈ ਕਿ ਸਟੇਟ ਹੀਅਰਿੰਗਜ਼ ਡਿਵੀਜ਼ਨ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਤੁਹਾਡੀ

ਈਮੇਲ ਨੂੰ ਰੋਕ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਬੇਨਤੀ ਭੇਜਣ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਵਿਧੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰੋ।

- **ਫੈਕਸ ਦੁਆਰਾ:** ਤੁਹਾਡੇ ਅਪੀਲ ਰੈਜ਼ੋਲਿਊਸ਼ਨ ਨੋਟਿਸ ਨਾਲ ਆਏ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰੋ ਅਤੇ ਰਾਜ ਦੀ ਸੁਣਵਾਈ ਡਿਵੀਜ਼ਨ ਨੂੰ 916-309-3487 'ਤੇ ਜਾਂ ਟੋਲ ਫ੍ਰੀ 1-833-281-0903 'ਤੇ ਫੈਕਸ ਕਰੋ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929 ਜਾਂ 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਸੁਣਵਾਈ ਵਿੱਚ, ਤੁਸੀਂ ਜੱਜ ਨੂੰ ਦੱਸੋਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ Partnership ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਕਿਉਂ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ। Partnership ਜੱਜ ਨੂੰ ਦੱਸੇਗੀ ਕਿ

6 | ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਹੱਲ ਕਰਨਾ

ਅਸੀਂ ਆਪਣਾ ਫੈਸਲਾ ਕਿਵੇਂ ਲਿਆ। ਜੱਜ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਿੱਚ 90 ਦਿਨ ਤੱਕ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ। Partnership ਨੂੰ ਜੱਜ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ CDSS ਛੇਤੀ ਫੈਸਲਾ ਲਵੇ ਕਿਉਂਕਿ ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ ਵਿੱਚ ਲੱਗਣ ਵਾਲਾ ਸਮਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ, ਸਿਹਤ, ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਖ਼ਤਰੇ ਵਿੱਚ ਪਾ ਦੇਵੇਗਾ, ਤੁਸੀਂ, ਤੁਹਾਡਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ CDSS ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਰੰਤ (ਤੇਜ਼) ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। CDSS ਨੂੰ Partnership ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪੂਰੀ ਕੇਸ ਫਾਈਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤਿੰਨ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

---

7. ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ

Partnership ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਵਜੋਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੁਝ ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਅਧਿਆਇ ਇਹਨਾਂ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਅਧਿਆਇ ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੋਟਿਸ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਤੁਸੀਂ Partnership ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਵਜੋਂ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ।

ਕਾਰਵਾਈ ਦਾ ਨੋਟਿਸ

Partnership ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਰਵਾਈ ਦਾ ਨੋਟਿਸ (NOA) ਪੱਤਰ ਭੇਜੇਗੀ ਜਦੋਂ ਵੀ Partnership ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ

ਨਕਾਰਦੀ, ਦੇਰੀ ਕਰਦੀ, ਖਤਮ ਕਰਦੀ, ਜਾਂ ਸੰਸ਼ੋਧਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ Partnership ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਤੁਸੀਂ ਹਮੇਸ਼ਾ Partnership ਕੋਲ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਮੈਂਬਰ ਕਿਤਾਬਚੇ ਦੇ ਅਧਿਆਇ 6 ਵਿੱਚ "ਅਪੀਲਾਂ" ਭਾਗ 'ਤੇ ਜਾਓ ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ Partnership ਤੁਹਾਨੂੰ NOA ਭੇਜਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹ ਸਾਰੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦੱਸੇਗੀ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹਨ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਲਏ ਗਏ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਸੂਚਨਾ Partnership ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤੋਂ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ Partnership ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸਮੱਗਰੀ

ਜੇ Partnership ਮੈਡੀਕਲ ਲੋੜ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ

ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਾਮਨਜ਼ੂਰ, ਦੇਰੀ, ਸੋਧ, ਸਮਾਪਤੀ, ਮੁਅੱਤਲੀ, ਜਾਂ ਘਟਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ NOA ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

- Partnership ਦੁਆਰਾ ਲਈ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦਾ ਵੇਰਵਾ
- Partnership ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਦੇ ਕਾਰਨਾਂ ਦੀ ਸਪੱਸ਼ਟ ਅਤੇ ਸੰਖੇਪ ਵਿਆਖਿਆ
- Partnership ਨੇ ਕਿਵੇਂ ਫੈਸਲਾ ਲਿਆ, ਸਮੇਤ Partnership ਦੁਆਰਾ ਵਰਤੇ ਗਏ ਨਿਯਮਾਂ ਦੇ
- ਫੈਸਲੇ ਦੇ ਡਾਕਟਰੀ ਕਾਰਨ। Partnership ਨੂੰ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਨਿਯਮਾਂ ਜਾਂ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ।
- NOA ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸਾਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਅਤੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀਆਂ

ਮੁਫ਼ਤ ਕਾਪੀਆਂ ਮੰਗਣ ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ।

ਅਨੁਵਾਦ

Partnership ਨੂੰ ਆਮ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਤੀ ਮੈਂਬਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਾਰੀਆਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਅਤੇ ਅਪੀਲਾਂ ਦੇ ਨੋਟਿਸ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤੇ ਨੋਟਿਸ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਨਾਮਨਜ਼ੂਰ, ਦੇਰੀ, ਸੋਧ, ਸਮਾਪਤ, ਮੁਅੱਤਲ, ਜਾਂ ਘਟਾਉਣ ਦੇ Partnership ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਰਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ Partnership ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਜ਼ੁਬਾਨੀ ਸਹਾਇਤਾ

ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਮਝ ਸਕੋ।