

Բողոքարկման և բողոքի ձևաթուղթ

Գործողություններ.

1. Խնդրում ենք հստակ տպել կամ լրացնել ստորև նշված բոլոր դաշտերը: Անհրաժեշտության դեպքում կարող եք կցել լրացուցիչ էջեր:
2. Խնդրում ենք լրացված ձևաթուղթը ներկայացնել հետևյալ հասցեով՝



Փոստ՝ Blue Shield of California Promise Health Plan
Attn: Appeals and Grievances
3840 Kilroy Airport Way
Long Beach, CA 90806



Ֆաքս՝ (323) 889-2228

Եթե հարցեր կամ այս ձևաթղթի հետ կապված օգնության կարիք ունեք, խնդրում ենք կապվել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ (800) 605-2556 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 18:00, երկուշաբթիից ուրբաթ:

Անդամի վերաբերյալ տեղեկություններ

Այս ձևաթուղթը նախատեսված է հետևյալի համար՝		Միայն Blue Shield Promise-ի օգտագործման համար, ստացման ամսաթիվ՝
☐ Բողոք ☐ Բողոքարկում		
Անդամի անունը՝	Ծննդյան ամսաթիվը՝	Անդամի նույնականացման համարը՝
Փողոցի հասցե՝	Քաղաքը՝	Փոստային դասիչ՝
Հեռախոսահամար՝	Այլընտրանքային հեռախոսահամար՝	
Ձևաթուղթը լրացնող անձի անունը, եթե տարբեր է անդամի անունից՝	Կապը անդամի հետ՝	Ներկայացուցչի հեռախոսահամարը՝
(Ստորև նշված դաշտերը պարտադիր չեն)		
Ծննդյան սեռ՝	Սեռական ինքնություն՝	Սեռական կողմնորոշում՝
Ամուսնական կարգավիճակ՝	Անդամի դերանուններ՝	Ռասա՝
Դուք իսպանախոս, լատինաամերիկացի կամ իսպանացի՞ եք:		Ազգություն՝
Բողոքի կամ բողոքարկման էությունը		
Որտե՞ղ է պատահել խնդիրը: (Դեղատան, հիվանդանոցի կամ կլինիկայի անվանումը)		Խնդրի ծագման ամսաթիվը՝
Բացի Ձեզանից, ո՞վ էր ներգրավվել: (Նշեք ներգրավված աշխատակցի անունը, եթե հնարավոր է):		

Խնդրում ենք մանրամասն նկարագրել խնդիրը.

ՄԻԱՅՆ ԲՈՂՈՔԱՐԿՄԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ. Խնդրում ենք նշել ծառայությունը, որը բողոքարկում եք (գրեք մերժման նամակում գրված լիազորման համարը)

Լուծում

Ինչպե՞ս եք փորձել լուծել այս խնդիրը:

Ի՞նչ եք կարծում, որն է խնդրի՝ Ձեզ բավարարող լուծումը:

Ստորագրություն՝	Ամսաթիվ՝
-----------------	----------

Ո՞վ կարող է գործ ներկայացնել:

Blue Shield Promise-ի ցանկացած անդամ կարող է գործ ներկայացնել: Դուք պետք է իրավունակ անդամ լինեք այն պահին, երբ խնդիրը ծագել է կամ այն օրը, երբ Ձեր նպաստները մերժվել են:

Եթե ցանկանում եք, որ ինչ-որ մեկը ներկայացնի Ձեզ, նա պետք է ունենա Ձեր հաստատումը: Դա արվում է «Ներկայացուցչի նշանակման» (AOR) ձևաթուղթը լրացնելու կամ օրինական ներկայացման այլ գրավոր ապացույց ներկայացնելու միջոցով: AOR ձևաթուղթ ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ (800) 605-2556 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: AOR ձևաթուղթը կարող եք նաև գտնել առցանց՝ [blueshieldca.com/en/bsp](https://www.blueshieldca.com/en/bsp) հղումով:

Մատակարարը կարող է Ձեր անունից բողոք ներկայացնել առանց «Ներկայացուցչի լիազորման» ձևաթղթի: Պատճառն այն է, որ նա բողոքարկում է այն ծառայությունները, որոնք անհրաժեշտ են Ձեզ բուժելու համար:

Ի՞նչ է բողոքը:

Գանգատը (բողոքը) այն է, երբ Դուք խնդիր ունեք կամ դժգոհ եք Blue Shield Promise-ից կամ մատակարարից ստացած Ձեր ծառայություններից: Բողոքի պատճառ կարող է լինել շատ երկար սպասելը Ձեր բժշկի մոտ այց գրանցելու համար: Բողոք ներկայացնելու համար ժամանակային սահմանափակում չկա:

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել, եթե կարծում եք, որ ենթարկվել եք խտրականության՝ մի քանի պաշտպանված դասակարգային հատկանիշներից մեկի պատճառով, ինչպես նշված է Կալիֆոռնիա նահանգի օրենքում (ներառյալ առողջական վիճակը, հղիությունը, ռասան, հաշմանդամությունը, ծագումը, ազգային պատկանելությունը, կրոնը, տարիքը, սեռը, գենդերը, գենդերային ինքնությունը, գենդերային արտահայտությունը, գենդերային կողմնորոշումը կամ ամուսնական կարգավիճակը): Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել, եթե կարծում եք, որ ծրագրի անձնակազմը չի կարողացել Ձեզ տրամադրել տրանս-ներառական խնամք:

Ի՞նչ է բողոքարկումը:

Բողոքարկումը իրենից ներկայացնում է դիմում, որի համաձայն Blue Shield Promise-ը պետք է վերանայի և փոխի Ձեզ մատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ մեր կայացրած որոշումը: Եթե Ձեզ ուղարկել ենք Գործողության ծանուցագրի (NOA) նամակ, Ձեզ հայտնելով, որ մերժում, ուշացնում, փոխում կամ դադարեցնում ենք ծառայությունը, և Դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ, կարող եք խնդրել մեզ այն բողոքարկել: Այն ներառում է նաև ապահովագրված ծառայությունների համար չվճարելը: Բողոքարկման պատճառ կարող է լինել այն, որ համաձայն չեք մերժված վիրահատության հետ: Ձեր բողոքարկումը պետք է ներկայացնեք Գործողության ծանուցագրի (NOA) նամակի ամսաթվին հաջորդող 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Գործընթացներ և Ժամանակացույց

Ձեր գործը ներկայացվելուց հետո Ձեզ կցվում է բողոքների և բողոքարկումների համակարգող, ով ուսումնասիրում է Ձեր խնդիրը: Ձեզ նամակ է ուղարկվում Ձեր գործը ստանալու օրվան հաջորդող 5-րդ օրը կամ ավելի շուտ: Բողոքների և բողոքարկումների համակարգողը պետք է զանգահարի Ձեզ զեկուցված խնդրի վերաբերյալ հարցեր տալու համար: Գործողության վերջում Դուք կստանաք հեռախոսազանգ և նամակ բողոքների և բողոքարկումների համակարգողից Ձեզ տեղեկացնելու ուսումնասիրության արդյունքի մասին:

Բողոքների և բողոքարկումների մեծ մասը ուսումնասիրվում է 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե Դուք ունեք հրատապ խնդիր, որը կապված է լուրջ առողջական խնդիրների հետ, մենք կսկսենք արագացված (արագ) վերանայում: Մենք որոշում կկայացնենք 72 ժամվա ընթացքում: Արագացված վերանայում խնդրելու համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ (800) 605-2556 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով:

Կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժինը պահանջում է Blue Shield of California Promise Health Plan-ից Ձեզ տեղեկացնել հետևյալի մասին.

Կալիֆորնիայի Կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժինը պատասխանատու է առողջապահական խնամքի սպասարկման ծրագրերի կարգավորման համար: Եթե Ձեր առողջապահական ծրագրի դեմ բողոք ունեք, նախ պետք է զանգահարեք Ձեր առողջապահական ծրագրին՝ (800) 605-2556 (TTY՝ 711) և օգտագործեք Ձեր առողջապահական ծրագրով սահմանված բողոքարկման գործընթացը՝ նախքան բաժնի հետ կապվելը: Բողոքի այս գործընթացից օգտվելը չի սահմանափակի Ձեզ հասանելի որևէ օրինական իրավունքը կամ միջոցները: Շտապ օգնության հետ կապված բողոքի, Ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից անբավարար լուծում ստացած բողոքի կամ 30 օրվա ժամկետում չլուծված բողոքի դեպքում օգնություն ստանալու համար կարող եք զանգահարել բաժին: Կարող եք նաև Անկախ բժշկական վերանայման (Independent Medical Review, IMR) համար իրավունակ լինել: Եթե IMR-ի իրավունակ եք, ապա IMR-ի գործընթացը Ձեզ կընձեռի առողջապահական ծրագրի կողմից կայացված բժշկական որոշումների անաչառ վերանայման հնարավորություն՝ առաջարկված ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտության, փորձական կամ հետազոտական բնույթի բուժումն ապահովագրելու որոշումների, ինչպես նաև արտակարգ իրավիճակի կամ հրատապ բժշկական ծառայությունները փոխհատուցելու վեճերի առնչությամբ: Բաժինն ունի նաև անվճար հեռախոսահամար (888) 466-2219, և TDD գիծ՝ (877) 688-9891: Բաժնի կայքէջում՝ www.dmhca.gov, առկա են բողոքի ձևաթղթեր, IMR-ի դիմումի ձևաթղթեր և առցանց հրահանգներ:

Blue Shield of California Promise Health Plan is contracted with L.A. Care Health Plan to provide Medi-Cal managed care services in Los Angeles County.

Blue Shield of California Promise Health Plan is an independent licensee of the Blue Shield Association

A53596MDC-LA-FF-AM_0125

Medi_25_060_LA_040425