

نموذج التظلم والطعن

التعليمات:

1. يرجى الكتابة بوضوح، سواء بالطباعة أو الكتابة في كل الخانات التالية. يمكنك إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.
2. يرجى إرسال النموذج المكتمل بواسطة:

البريد: Blue Shield of California Promise Health Plan



Attn: Appeals and Grievances

3840 Kilroy Airport Way

Long Beach, CA 90806

الفاكس: (323) 889-2228



إذا كانت لديك أسئلة، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في هذا النموذج، يرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم (800) 605-2556 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص حتى 6 م، من الاثنين إلى الجمعة.

معلومات العضو

هذا النموذج من أجل: ☐ التظلم ☐ الطعن	للاستخدام فقط من قبل Blue Shield Promise، تاريخ الاستلام:
اسم العضو:	تاريخ الميلاد:
عنوان الشارع:	المدينة:
رقم الهاتف:	رقم الهاتف البديل:
اسم الشخص الذي يملأ النموذج، إذا كان مختلفاً الصلة:	هاتف الممثل:
(الخانات أدناه اختيارية)	
الجنس عند الولادة (النوع):	الهوية الجنسية:
الحالة الاجتماعية:	الضمائر الشخصية للعضو:
هل أنت من أصل إسباني أو لاتيني أو إسباني؟	المجموعة الإثنية:

طبيعة التظلم أو الطعن

أين حدثت المشكلة؟ (اسم الصيدلية أو المستشفى أو العيادة)	تاريخ المشكلة:
من كان موجوداً إلى جانبك؟ (اذكر أسماء الموظفين المعنيين، إن أمكن).	
يرجى وصف المشكلة بالتفصيل:	
لطفون فقط: يرجى إدراج الخدمة التي تطعن بشأنها (اكتب رقم التصريح من خطاب الرفض):	

التاريخ:	التوقيع:
----------	----------

من يمكنه تقديم شكوى؟

يمكن لأي عضو في Blue Shield Promise تقديم شكوى. يجب أن تكون عضواً مؤهلاً في وقت حدوث المشكلة أو في تاريخ رفض المزايا الخاصة بك.

إذا أردت أن يمثلك شخص ما، يجب أن يحصل على موافقتك. يتم ذلك من خلال إكمال نموذج تعيين ممثل (AOR) أو تقديم دليل كتابي آخر على التمثيل القانوني. للحصول على نموذج AOR، يرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم (800) 605-2556 (TTY: 711). يمكنك أيضاً العثور على نموذج AOR عبر الإنترنت على الرابط [blueshieldca.com/en/bsp](https://www.blueshieldca.com/en/bsp).

يمكن لموفر الرعاية تقديم طعن نيابة عنك دون وجود الحاجة إلى نموذج ممثل مفوض. ويرجع السبب في ذلك إلى اعتراضهم بشأن الخدمات التي يحتاجون إليها لعلاجك.

ما هو التظلم؟

الشكوى (التظلم) هي عندما تواجه مشكلة أو تكون غير راضٍ عن الخدمات التي تحصل عليها من خلال خطة Blue Shield Promise أو أحد مقدمي الخدمات. مثال على التظلم هو الانتظار طويلاً للحصول على موعد مع طبيبك. لا توجد مهلة زمنية لتقديم تظلم.

يمكنك تقديم تظلم إذا كنت تعتقد أنك قد تعرضت للتمييز بناءً على واحدة من العديد من خصائص الفئة المحمية كما هو محدد بموجب قانون كاليفورنيا (بما في ذلك الحالة الطبية أو حالة الحمل أو العرق أو الإعاقة أو النسب أو الأصل القومي أو الدين أو السن أو الجنس أو النوع أو الهوية الجنسية أو التعبير عن الجنس أو التوجه الجنسي أو الحالة الاجتماعية). يمكنك أيضاً تقديم تظلم إذا كنت تعتقد أن موظفي الخطة فشلوا في تقديم الرعاية الشاملة لك.

ما المقصود بالطعن؟

الطعن هو تقديم طلب إلى Blue Shield Promise لمراجعة قرار اتخذناه بشأن الخدمات المقدمة إليك وتغييره. إذا أرسلنا إليك إشعاراً بالإجراء (NOA) يخبرك بأننا نرفض خدمة أو نؤجلها أو نغيرها أو ننهينا وكنت لا توافق على قرارنا، فبإمكانك أن تطالب منا بتقديم طعن. ويتضمن أيضاً عدم دفع تكاليف الخدمات الخاضعة للتغطية. مثال على الطعن هو إذا كنت لا توافق على قرار رفض إجراء عملية جراحية. يجب عليك تقديم الطعن في غضون 60 يوماً تقويمياً من تاريخ خطاب إشعار بالإجراء (NOA).

الإجراءات والأطر الزمنية

بمجرد تقديم طلبك، يتم تعيين منسق الطعون والتظلمات لك للتحقيق في مشكلتك. يتم إرسال خطاب إليك بالبريد في اليوم الخامس أو قبله لإعلامك بأنه تم استلام حالتك. سيتصل بك منسق التظلمات والطعون لطرح أسئلة حول المشكلة المبلغ عنها. في نهاية الإجراءات، سوف تتلقى مكالمة هاتفية وخطاباً من منسق الطعون والتظلمات لإعلامك بنتيجة التحقيق.

يتم التحقيق في معظم التظلمات والطعون في غضون 30 يوماً تقويمياً.

إذا كانت لديك مسألة عاجلة تنطوي على مخاوف صحية خطيرة، فسنبدأ بمراجعة عاجلة (سريعة). وسنقدم لك قراراً خلال 72 ساعة. لطلب إجراء مراجعة عاجلة، اتصل بنا على رقم خدمة العملاء (800) 605-2556 (TTY: 711).

تطلب إدارة الرعاية الصحية المُدارة من Blue Shield of California Promise Health Plan إبلاغك بما يلي:

تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضد خطتك الصحية، فيجب عليك أولاً الاتصال بخدمة خطتك الصحية على الرقم (800) 605-2556 (TTY: 711) واستخدام عملية تقديم التظلمات خطتك الصحية الخاصة بك قبل الاتصال بالإدارة. ولا يحول اتباع إجراءات التظلم هذه دون الحصول على أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تكون مستحقة لك. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن تقديم تظلم يتعلق بحالة طارئة أو تظلم لم تتخذ فيه خطتك الصحية قراراً مرضياً أو تظلم لم يُبت فيه لمدة تزيد عن 30 يوماً، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تصبح مؤهلاً أيضاً للحصول على المراجعة الطبية المستقلة (IMR). فإذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فسيوفر إجراء IMR مراجعة حيادية للقرارات الطبية التي اتخذتها إحدى الخطط الصحية فيما يتعلق بالضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترحين، وقرارات التغطية للعلاجات التجريبية أو الخاضعة للدراسة وخلافات السداد في حالات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. يوجد لدى الإدارة أيضاً هاتف مجاني (888) 466-2219 وخط TDD (877) 688-9891. يحتوي الموقع الإلكتروني للإدارة www.dmhc.ca.gov على نماذج الشكوى، ونماذج طلب IMR، وتعليمات عبر الإنترنت.

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-AR_0125
Medi_25_060_LA_040425