申诉和上诉表

说明：
1. 请清晰工整地填写下面所有字段，或在其中键入信息。如有需要，您可以额外附纸。
2. 请通过以下方式提交填妥的表格：

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

传真号码：**(323) 889-2228**

如果您有疑问，或需要与本表格相关的帮助，请联系客户服务部，电话为**(800)605-2556（听障和语障专线：711）**，工作时间：周一至周五，早上8点至下午6点。

会员信息

本表格是为了提出：☐ 申诉 ☐ 上诉	**仅供Blue Shield Promise使用**，收到日期：	
会员姓名：	出生日期：	会员编号：
街道地址：	城市：	邮编：
电话号码：	备用电话号码：	
填表人的姓名（如果与会员姓名不同）：	关系：	代表的电话号码：
（以下字段为选填）		
出生性别：	性别认同：	性取向：
婚姻状况：	会员偏好的代词：	种族：
您是西班牙裔、拉丁裔或有西班牙血统吗？	族裔：	

申诉或上诉的性质

问题是在哪里发生的？（药房、医院或诊所的名称）	问题发生日期：
除了您，还涉及到谁？（如可能，请提供所涉人员的姓名。）	
请详细说明问题：	
仅限上诉：请列出您要上诉的服务（写下拒绝函中的授权号码）：	

解决方式

您曾尝试过哪些方法来解决这个问题?

您认为解决您问题的好办法是什么?

签名:	日期:

谁可以提交个案?

任何Blue Shield Promise会员都可以提交个案。在问题发生时或在您的福利遭到拒绝之日，您必须是符合资格的会员。

如果您希望有人代表您，他们必须获得您的批准。如要提供批准，您可以填写代表委任（AOR）表格或提交其他法律代表书面证明。如欲获取AOR表格，请致电客户服务部：(800) 605-2556（听障和语障专线：711）。您也可以在网上找到AOR表格，网址为：**blueshieldca.com/en/bsp**。

医疗服务提供者无需“授权代表”表格即可代表您提出上诉。这是因为他们对为您提供治疗所需的服务存在争议。

什么是申诉?

投诉（申诉）是您在从Blue Shield Promise或医疗服务提供者处获得服务时遇到问题或对服务不满意时采取的行动。申诉的示例之一是预约医生的时间过长。提出申诉时，没有时限要求。

如果您认为自己可能因加州法律所确定的几种受保护类特征之一（包括医疗病况、孕情、种族、残疾、血统、国籍、宗教、年龄、性别、性别认同、性别表达、性取向或婚姻状况）而受到歧视，您可以提出申诉。如果您认为计划工作人员未能为您提供对跨性别人士具有包容性的护理，您也可以提出申诉。

什么是上诉?

上诉是要求Blue Shield Promise审查和更改我们对服务做出的决定。如果我们寄给您行动通知（NOA）函，告知您我们将拒绝、延迟、更改或终止服务，并且您不同意我们的决定，则您可以向我们提出上诉。它还包括不支付承保服务的费用。上诉的一个例子是，如果您不同意被拒绝的手术，您必须在行动通知（NOA）函上注明的日期起60个自然日内提出上诉。

流程和时限

您的个案提交后，我们会为您指派一名申诉和上诉协调员，该人员将会负责调查您的问题。我们会在第5天或之前向您邮寄一封信函，通知您我们已收到您的个案。申诉和上诉协调员会致电联系您，针对报告内容询问您一些问题。在流程结束时，您将收到申诉和上诉协调员的电话和信函，他们会通过这两种方式告诉您调查结果。

大多数申诉和上诉会在30个日历日内完成调查。

如果您有涉及严重健康问题的紧急事项，我们将启动加急（快速）审查。我们将在72小时内做出决定。如欲申请加急审查，请致电客户服务部联系我们，电话(800) 605-2556（听障和语障专线：711）。

管理式医疗保健部要求Blue Shield of California Promise Health Plan告知您以下信息：

加州管理式医疗保健部负责监管医疗保健服务计划。如果您想对自己的健康计划提出申诉，应该在联系该部门之前先致电您的健康计划(800) 605-2556（听障和语障专线：711），并使用您健康计划的申诉流程。利用此申诉程序并不会妨碍您的任何潜在法律权利或可能使用的补救措施。如果您的申诉涉及紧急情况，或者健康计划的解决方式未能令您满意，又或者您的申诉超过30天仍未得到解决，您可以致电该部门请求协助。您也可能符合申请独立医疗审查（Independent Medical Review，IMR）的资格。如果您有资格获得IMR，IMR流程将对健康计划做出的与拟议服务或治疗的医疗必要性相关的医疗决定、实验性或研究性治疗的承保决定以及紧急或紧急医疗服务的付款纠纷进行公正的审查。该部门还设有免付费电话(888) 466-2219和TDD专线(877) 688-9891。该部门的互联网网站www.dmhc.ca.gov在线提供投诉表、IMR申请表和说明。

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