

فرم شکایت و درخواست تجدیدنظر

دستورالعمل ها:

1. لطفاً تمام بخش های زیر را به صورت خوانا بنویسید یا تایپ کنید. در صورت نیاز می توانید صفحات اضافی پیوست کنید.
2. لطفاً فرم تکمیل شده را به این نشانی ارسال کنید:

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



فکس: (323) 889-2228



اگر سؤالی دارید یا اگر در مورد این فرم به کمک نیاز دارید، لطفاً با خدمات مشتریان به شماره (800) 605-2556 (TTY: 711)، از ساعت 8 صبح تا 6 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه، تماس بگیرید.

اطلاعات عضو

این فرم برای مورد زیر است: ☐ شکایت ☐ درخواست تجدیدنظر		صرفاً برای استفاده Blue Shield Promise، تاریخ دریافت:
نام عضو:	تاریخ تولد:	شماره شناسه عضو:
نشانی:	شهر:	کد پستی:
شماره تلفن:	شماره تلفن جایگزین:	
نام فردی که فرم را تکمیل کرده است، در صورت تفاوت با نام عضو:	نسبت خویشاوندی:	تلفن نماینده:
(بخش های زیر اختیاری هستند)		
جنسیت هنگام تولد (جنسیت):	هویت جنسی:	سوگیری جنسی:
وضعیت تأهل:	ضمیر ترجیحی عضو:	نژاد:
آیا شما اصالت اسپانیایی، لاتین یا کشورهای اسپانیایی زبان آمریکای لاتین دارید؟ قومیت:		

ماهیت شکایت یا درخواست تجدیدنظر

مشکل در کجا رخ داد؟ (نام داروخانه، بیمارستان یا کلینیک)	تاریخ مشکل:
چه کسانی، به جز خودتان، درگیر این موضوع بودند؟ (در صورت امکان، نام کارکنان درگیر در این موضوع را ذکر کنید.)	
لطفاً مشکل را با ذکر جزئیات شرح دهید:	
فقط برای درخواست تجدیدنظر: لطفاً خدمتی را که برای آن درخواست تجدیدنظر داده اید، مشخص کنید (شماره مجوز درج شده در نامه رد درخواست را بنویسید):	

تصمیم اتخاذ شده

چطور سعی کردید این مشکل را حل کنید؟

به نظر شما راه حل مناسب برای مشکل شما چیست؟

امضاء:	تاریخ:
--------	--------

چه کسی می‌تواند پرونده ثبت کند؟

تمام اعضای Blue Shield Promise می‌توانند پرونده ثبت کنند. شما باید در زمان بروز مشکل یا در تاریخی که مزایای شما رد شده‌اند، عضو واجد شرایط بوده باشید.

اگر می‌خواهید فردی از طرف شما نمایندگی کند، باید از طرف شما اجازه داشته باشد. این کار از طریق تکمیل فرم انتصاب نماینده (AOR) یا ارائه مدرک کتبی دیگری که نمایندگی قانونی را ثابت کند، انجام می‌شود. برای دریافت فرم AOR، لطفاً با خدمات مشتریان به شماره (TTY: 711) 605-2556 (800) تماس بگیرید. همچنین می‌توانید فرم AOR را به صورت آنلاین در [blueshieldca.com/en/bsp](https://www.blueshieldca.com/en/bsp) پیدا کنید. ارائه‌دهنده خدمات می‌تواند بدون فرم تعیین نماینده مجاز، از طرف شما درخواست تجدیدنظر ثبت کند. زیرا آن‌ها نسبت به خدماتی اعتراض می‌کنند که برای درمان شما به آن‌ها نیاز دارند.

شکایت به چه چیزی گفته می‌شود؟

شکایت (نارضایتی) هنگامی است که مشکلی دارید یا اینکه از خدماتی که از Blue Shield Promise یا ارائه‌کننده دریافت می‌کنید، رضایت ندارید. برای مثال، شکایت می‌تواند مربوط به طولانی بودن زمان انتظار برای دریافت نوبت از پزشک باشد. ثبت شکایت هیچ محدودیت زمانی ندارد.

در صورتی که فکر می‌کنید ممکن است به دلیل یکی از ویژگی‌های مربوط به طبقات حفاظت‌شده طبق قوانین ایالت کالیفرنیا (از جمله وضعیت پزشکی، بارداری، نژاد، ناتوانی، تبار، منشأ ملی، مذهب، سن، جنس، هویت جنسیتی، بیان جنسیتی، گرایش جنسی یا وضعیت تأهل) مورد تبعیض قرار گرفته باشید، می‌توانید شکایت ثبت کنید. همچنین، اگر بر این باورید که کارکنان طرح درمانی نتوانسته‌اند خدمات مراقبتی برای افراد ترنس ارائه دهند، می‌توانید شکایت ثبت کنید.

درخواست تجدیدنظر چیست؟

استیناف به معنی درخواست از Blue Shield Promise برای بررسی و تغییر در تصمیمی است که ما درباره خدمات شما اتخاذ کرده‌ایم. اگر یک نامه اعلامیه اقدامات (NOA) را برای شما ارسال داشتیم بدین مضمون که سرویس(ها) را ارائه نکرده، با تأخیر ارائه کرده، تغییر داده یا خاتمه می‌دهیم و شما با تصمیم ما موافق نباشید، می‌توانید اقامه استیناف کنید. این موضوع شامل عدم پرداخت هزینه خدمات تحت پوشش نیز می‌شود. برای مثال، اگر با رد شدن درخواست یک عمل جراحی مخالفت دارید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ثبت کنید. شما باید درخواست تجدیدنظر خود را حداکثر ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ درج‌شده در نامه اعلامیه اقدامات (NOA) ثبت کنید.

فرایندها و چارچوب‌های زمانی

پس از ثبت پرونده، یک هماهنگ‌کننده شکایات و تجدیدنظر به شما اختصاص داده می‌شود که مشکل شما را بررسی خواهد کرد. تا حداکثر روز پنجم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌شود تا به اطلاعات برساند که پرونده شما دریافت شده است. هماهنگ‌کننده شکایات و تجدیدنظر با شما تماس خواهد گرفت تا در مورد مشکل گزارش شده سوال کند. در پایان فرایند، هماهنگ‌کننده شکایات و تجدیدنظر با شما تماس می‌گیرد و همچنین نامه‌ای برایتان ارسال می‌کند تا نتیجه بررسی را به اطلاع شما برساند.

اکثر شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر ظرف 30 روز تقویمی بررسی می‌شوند.

اگر مورد شما فوری است و شامل یک نگرانی جدی در مورد سلامتی می‌باشد، ما یک بررسی تسریع شده (سریع) را شروع خواهیم کرد. ما تصمیم خود را در ظرف 72 ساعت به شما اعلام خواهیم کرد. برای درخواست بررسی سریع، با ما از طریق خدمات مشتریان به شماره (TTY: 711) 605-2556 (800) تماس بگیرید.

اداره مراقبت‌های درمانی مدیریت‌شده (Department of Managed Health Care) از برنامه درمانی

Blue Shield of California Promise Health Plan می‌خواهد که اطلاعات زیر را به شما اطلاع دهد:

سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های خدمات درمانی است. اگر علیه برنامه درمانی خود شکایتی دارید، باید ابتدا با برنامه درمانی خود به شماره (TTY: 711) 605-2556 (800) تماس گرفته و قبل از تماس با این سازمان از روال شکایت برنامه درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این رویه ارائه شکایت، شما را از هیچ‌گونه حقوق یا راهکارهای قانونی احتمالی که ممکن است در اختیارتان باشد منع نمی‌کند. اگر در مورد شکایت خود در شرایط اضطراری، شکایتی که به طور رضایت‌بخش توسط برنامه درمانی‌تان حل و فصل نشده یا شکایتی که به مدت بیش از 30 روز به آن رسیدگی نشده است، نیاز به کمک دارید، می‌توانید برای دریافت کمک با این اداره تماس بگیرید. شما همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) باشید. اگر واجد شرایط IMR هستید، فرایند IMR در برگیرنده بازبینی بی‌طرفانه تصمیمات پزشکی برنامه‌های درمانی است که به لزوم ارائه خدمات پزشکی یا درمان، تصمیمات مربوط به پوشش بیمه درمان‌هایی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند و نیز مناقشات مالی برای موارد اورژانسی یا خدمات پزشکی فوری مربوط می‌شود. این بخش همچنین یک تلفن رایگان به شماره 466-2219 (888) و یک خط TDD به شماره 688-9891 (877) دارد. وبسایت این اداره به آدرس www.dmhc.ca.gov حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

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-FA_0125

Medi_25_060_LA_040425