

Mẫu đơn khiếu nại và kháng cáo

Hướng dẫn:

- Vui lòng viết chữ in hoa rõ ràng hoặc đánh máy vào tất cả các trường bên dưới. Quý vị có thể đính kèm thêm các trang nếu cần.
- Vui lòng gửi mẫu đơn đã hoàn thành bằng cách:



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



Fax: **(323) 889-2228**

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp về mẫu đơn này, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Khách hàng theo số **(800) 605-2556 (TTY: 711)**, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu.

Thông tin hội viên

Mẫu đơn này dành cho:

☐ Khiếu nại ☐ Kháng cáo

Chỉ sử dụng bởi Blue Shield Promise,
ngày nhận:

Tên hội viên:

Ngày sinh:

Số ID hội viên:

Địa chỉ:

Thành phố:

MÃ ZIP:

Số điện thoại:

Số điện thoại thay thế:

Tên người hoàn thành mẫu đơn, nếu khác
với tên hội viên:

Mối quan hệ:

Điện thoại người đại diện:

(Các trường sau đây là tùy chọn)

Giới tính khi sinh:

Nhận dạng giới tính:

Xu hướng giới tính:

Tình trạng hôn nhân:

Cách xưng hô của hội viên:

Chủng tộc:

Quý vị có nguồn gốc Tây Ban Nha, Châu Mỹ La tinh hoặc là
người Tây Ban Nha không? Dân tộc:

Tính chất của khiếu nại hoặc kháng cáo

Vấn đề xảy ra ở đâu? (Tên nhà thuốc, bệnh viện hoặc phòng khám)

Ngày xảy ra vấn đề:

Ai liên quan ngoài quý vị? (Cung cấp tên của nhân viên liên quan, nếu có thể.)

Vui lòng mô tả chi tiết vấn đề:

CHỈ DÀNH CHO KHÁNG CÁO: Vui lòng liệt kê dịch vụ quý vị đang kháng cáo (ghi số chấp thuận từ thư từ chối):

Phương pháp giải quyết vấn đề

Quý vị đã cố gắng giải quyết vấn đề này như thế nào?

Quý vị cho rằng đâu là một giải pháp tốt cho vấn đề của mình:

Chữ ký:	Ngày:
---------	-------

Ai có thể nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo?

Bất kỳ hội viên nào của Blue Shield Promise cũng đều có thể nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo. Quý vị phải là hội viên đủ điều kiện tại thời điểm vấn đề xảy ra hoặc vào ngày quyền lợi của quý vị bị từ chối.

Nếu quý vị muốn người khác đại diện cho quý vị, họ phải có sự chấp thuận của quý vị. Việc này được thực hiện bằng cách hoàn thành mẫu đơn Chỉ định người đại diện (AOR) hoặc gửi bằng chứng đại diện pháp lý bằng văn bản khác. Để nhận Mẫu đơn AOR, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số (800) 605-2556 (TTY: 711). Quý vị cũng có thể tìm thấy mẫu đơn AOR trực tuyến tại blueshieldca.com/en/bsp.

Nhà cung cấp dịch vụ có thể nộp đơn kháng cáo thay mặt quý vị mà không cần mẫu đơn Chỉ định người đại diện. Điều này là vì họ đang có tranh chấp về các dịch vụ mà họ cần để điều trị cho quý vị.

Khiếu nại là gì?

Khiếu nại (than phiền) là khi quý vị gặp vấn đề hoặc không hài lòng với các dịch vụ quý vị nhận được từ Blue Shield Promise hoặc nhà cung cấp dịch vụ. Một ví dụ về khiếu nại là chờ đợi quá lâu để nhận được một cuộc hẹn với bác sĩ của quý vị. Không có giới hạn thời gian cho việc nộp đơn khiếu nại.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cho rằng quý vị có thể đã bị phân biệt đối xử dựa trên một trong một số đặc điểm thuộc nhóm được bảo vệ theo luật của CA (bao gồm Tình trạng y tế, Tình trạng mang thai, Chủng tộc, Tình trạng khuyết tật, Tổ tiên, Nguồn gốc quốc gia, Tôn giáo, Tuổi tác, Giới tính, Giới, Nhận dạng giới tính, Biểu hiện giới tính, Định hướng giới tính hoặc Tình trạng hôn nhân). Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cho rằng nhân viên của chương trình đã không cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc hòa nhập cho người chuyển giới.

Kháng cáo là gì?

Kháng cáo là một yêu cầu đề nghị Blue Shield Promise xem xét và thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra về dịch vụ của quý vị. Nếu chúng tôi gửi cho quý vị một thư Thông báo Hành động (NOA) cho quý vị biết rằng chúng tôi đang từ chối, trì hoãn, thay đổi hoặc chấm dứt dịch vụ và nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi nộp đơn kháng cáo. Quy trình này cũng bao gồm việc không thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ. Một ví dụ về kháng cáo là nếu quý vị không đồng ý với việc phẫu thuật bị từ chối. Quý vị phải nộp đơn kháng cáo trong vòng 60 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư Thông báo hành động (Notice of Action, NOA).

Quy trình và khung thời gian

Sau khi đã nộp đơn cho trường hợp của quý vị, quý vị sẽ được chỉ định một điều phối viên Khiếu nại và kháng cáo, người này sẽ điều tra vấn đề của quý vị. Một lá thư được gửi qua đường bưu điện cho quý vị vào hoặc trước ngày thứ 5 để cho quý vị biết trường hợp của quý vị đã được tiếp nhận. Điều phối viên Khiếu nại và kháng cáo sẽ gọi cho quý vị để đặt câu hỏi về vấn đề đã báo cáo. Vào cuối quá trình xử lý, quý vị sẽ nhận được một cuộc gọi điện thoại và một lá thư từ điều phối viên Khiếu nại và kháng cáo để cho quý vị biết về kết quả của cuộc điều tra.

Hầu hết các khiếu nại và kháng cáo được điều tra trong vòng 30 ngày theo lịch.

Nếu quý vị có vấn đề khẩn cấp liên quan đến mối lo ngại về sức khỏe nghiêm trọng, chúng tôi sẽ bắt đầu duyệt xét cấp tốc (nhanh). Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ. Để yêu cầu duyệt xét cấp tốc, hãy gọi cho bộ phận dịch vụ khách hàng của chúng tôi theo số (800) 605-2556 (TTY: 711).

Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe yêu cầu Blue Shield of California Promise Health Plan thông báo cho quý vị về những thông tin sau:

Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe California có trách nhiệm quy định và kiểm soát các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có điều gì phàn nàn về chương trình sức khỏe của mình, trước hết nên gọi cho chương trình sức khỏe của quý vị theo số (800) 605-2556 (TTY: 711) và sử dụng thủ tục khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi liên hệ với bộ. Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này không ngăn cấm bất kỳ quyền lợi hợp pháp hoặc biện pháp khắc phục tiềm năng nào có thể có dành cho quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để giải quyết khiếu nại liên quan tới một trường hợp cấp cứu, khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc khiếu nại đã quá 30 ngày mà vẫn không được giải quyết, quý vị có thể gọi cho bộ để được giúp đỡ. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện để được Duyệt xét y tế độc lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện cho IMR, thủ tục IMR sẽ đưa ra duyệt xét khách quan về các quyết định y tế của chương trình bảo hiểm sức khỏe liên quan tới sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc biện pháp điều trị đã được đề xuất, các quyết định bảo hiểm cho các điều trị mang tính nghiên cứu hoặc thử nghiệm và các tranh chấp về việc thanh toán cho các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Bộ cũng có số điện thoại miễn phí (888) 466-2219 và đường dây TDD (877) 688-9891. Trang mạng internet của bộ www.dmhc.ca.gov có các mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và các hướng dẫn trực tuyến.

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-VI_0125
Medi_25_060_LA_040425