

## 申訴及上訴表格

說明：

1. 請清晰書寫正楷或打字輸入以下所有欄位。如有需要，您可以附加添加的頁面。
2. 請將填妥的表格透過以下方式提交：



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



傳真至：(323) 889-2228

如果您有疑問，或您需要此表格方面的協助，請聯絡客戶服務部：(855) 699-5557  
(聽障和語障專線(TTY)：711)，服務時間為週一至週五，上午8時至下午6時。

### 會員資訊

|                                                                 |         |                               |  |
|-----------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|--|
| 本表格是用於： <input type="checkbox"/> 申訴 <input type="checkbox"/> 上訴 |         | 僅供Blue Shield Promise使用，收件日期： |  |
| 會員姓名：                                                           | 出生日期：   | 會員識別號碼：                       |  |
| 街道門牌地址：                                                         | 城市：     | 郵遞區號：                         |  |
| 電話號碼：                                                           | 其他電話號碼： |                               |  |
| 填表人姓名（如果填表人並非會員本人）：                                             | 與會員的關係： | 代表人電話：                        |  |
| (以下欄位為可選填)                                                      |         |                               |  |
| 出生性別（性別）：                                                       | 性別認同：   | 性傾向：                          |  |
| 婚姻狀態：                                                           | 會員代名詞：  | 種族：                           |  |
| 您是拉美裔、拉丁裔還是西班牙裔？                                                | 族裔：     |                               |  |

### 申訴或上訴的性質

|                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| 問題發生在哪裡？（藥房、醫院或診所等的名稱）          | 問題發生的日期： |
| 除您以外還涉及什麼人？（如果可能，請提供所涉及員工的姓名。）  |          |
| 請詳細說明問題：                        |          |
| 僅供上訴用：請列出您要上訴的服務（請提供拒絕函中的授權編號）： |          |

## 解決

您曾如何嘗試解決此問題？

您認為解決此問題的最好辦法是什麼？：

|     |     |
|-----|-----|
| 簽名： | 日期： |
|-----|-----|

### 誰可以提出上訴？

凡是Blue Shield Promise的會員都可以提出。在問題發生時或您的福利遭到拒絕當天，您必須是合格會員。如果您希望由他人代表您處理，則此人必須取得您的核准。核准可以透過填寫代表委任書(Appointment of Representative, AOR)或提交其他法律代表書面證明來完成。要取得AOR表格，請致電客戶服務部：(855) 699-5557（聽障和語障專線(TTY)：711）。您也可以網站，[blueshieldca.com/en/bsp](https://blueshieldca.com/en/bsp)上找到線上AOR表格。

醫療服務提供者無需授權代表表格即可代表您提出上訴。這是因為他們是為您需要的治療進行辯駁。

### 什麼是申訴？

當您對Blue Shield Promise或醫療服務提供者所提供的服務有問題或不滿時，所提出的投訴即為申訴。例如，必須要等候很長時間才可約到醫生的約診。提出申訴沒有時間限制。

如果您認為您遭受到加州法律規定的保護類別特徵（包括醫療病症、懷孕狀況、種族、殘障、血統、原國籍、宗教、年齡、性別、社會性別、性別認同、性別表達、性傾向或婚姻狀態）之一的歧視，您可以提出申訴。如果您認為保險計劃的工作人員未能向您提供跨性別包容性護理，您也可以提出申訴。

### 什麼是上訴？

上訴是要求Blue Shield Promise審查並改變我們對於您的服務所做出的決定。如果我們寄給您行動通知(NOAH函，告訴您我們拒絕或延遲某項服務，或變更、終止某項服務，而您不同意我們的決定，這時您可以向我們提出上訴。上訴也可以是針對不支付承保服務的費用，例如，您不同意某項手術遭到拒絕的決定。您必須在行動通知(Notice of Action, NOA)函日期起60個曆日內提出上訴。

### 流程與時程

個案一經提出後，您就會被指派一名申訴與上訴協調員，由他們調查您的問題。在第五天或第五天之前我們會郵寄一封信函給您，通知您我們已收到您的申訴或上訴案件。此位申訴與上訴協調員將會致電給您，詢問所反映的問題。流程結束時，您會收到申訴與上訴協調員的電話及信函，告知您調查結果。

大多數申訴和上訴案件會在30個曆日內調查。

如果您的個案是涉及嚴重健康問題的緊急情況，我們將啟動加急（快速）審查。我們會在72小時內告訴您我們的決定。如欲申請快速審查，請致電客戶服務部：(855) 699-5557（聽障和語障專線(TTY)：711）。

**加州醫療保健管理部求Blue Shield of California Promise Health Plan通知您以下事項：**加州醫療保健管理部負責管理醫療保健服務計劃。如果您要對您的健康計劃提出申訴，在與此管理部聯絡之前，您應先撥打(855) 699-5557，聯絡您的健康計劃並採取您的健康計劃的申訴程序。使用您的健康計劃申訴程序並不妨礙您可能獲得的任何潛在合法權利或治療措施。如果您需要協助處理涉及急診的申訴，或您的健康計劃沒有就您的申訴提供滿意的解決方案，或您的申訴在30天後仍未解決，您都可以致電此管理部尋求幫助。

您也可能符合獨立醫療審查(IMR)資格。如果您符合IMR資格，則IMR流程會對下列事項進行公正審核：健康計劃對所建議的服務或治療的醫療必要性所做的醫療決定；實驗或研究性質治療的承保決定；以及急診或緊急醫療服務的付款爭議。該部門還設有免費電話：(888) 466-2219，以及一條聽障和語障專線：(877) 688-9891。該部門的互聯網網站，[www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)提供線上投訴表、IMR申請表及說明。