

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:

آدرس پستی: 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 (855) 699-5557 (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:	
نشانی:		شماره شناسه عضو:	
شماره تلفن:		شماره تلفن جایگزین:	
نام فردی که فرم را تکمیل کرده است، در صورت تفاوت با نام عضو:		نسبت خویشاوندی:	
(بخش های زیر اختیاری هستند)		تلفن نماینده:	
جنسیت هنگام تولد (جنسیت):		هویت جنسی:	
وضعیت تأهل:		سوگیری جنسی:	
آیا شما اصالت اسپانیایی، لاتین یا کشورهای اسپانیایی زبان آمریکای لاتین دارید؟		ضمیم تر جیحی عضو:	
ماهیت شکایت یا درخواست تجدیدنظر		نژاد:	
مشکل در کجا رخ داد؟ (نام داروخانه، بیمارستان یا کلینیک)		قومیت:	
چه کسانی، به جز خودتان، درگیر این موضوع بودند؟ (در صورت امکان، نام کارکنان درگیر 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 ی رد درخواست را بنویسید):			

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 (855) 699-5557 (TTY: 711) 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) هنگامیست که مشکلی دارید یا 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 تصمیمی است که ما درباره خدمات شما اتخاذ کرده ایم. 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 اقدام 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 اطلاعاتتان برساند که پرونده شما دریافت شده است. هماهنگ‌کننده شکایات و تجدیدنظر با شما تماس خواهد گرفت تا در مورد مشکلی که گزارش کرده‌اید، سؤالاتی بپرسد. 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 خواهیم داد. برای درخواست بررسی سریع، با ما از طریق خدمات مشتریان به شماره (855) 699-5557 (TTY: 711) 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 شکایت دارید، باید ابتدا با برنامه درمانی به شماره (855) 699-5557 تماس بگیرید و قبل از تماس با این اداره 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 دربرگیرنده بازبینی بی طرفانه تصمیمات پزشکی برنامه‌های درمانی است که به لزوم ارائه خدمات پزشکی یا درمان، تصمیمات مربوط به پوشش بیمه درمان‌هایی که ماهیت آمیشی یا تحقیقاتی دارند و نیز مناقشات مالی برای موارد اورژانسی یا خدمات پزشکی فوری مربوط می‌شود. این بخش همچنین یک تلفن رایگان به شماره (888) 466-2219 و یک خط TDD به شماره (877) 688-9891 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 an independent licensee of the Blue Shield Association A53596MDC-SD-FF-FA_0125
Medi_25_061_SD_032125