

Форма для подачи претензии/апелляции

Инструкции:

1. Пожалуйста, заполняйте все поля разборчивым почерком либо укажите информацию в печатном виде (введите с помощью клавиатуры). При необходимости, Вы можете прикрепить дополнительные страницы.
2. Отправьте заполненную форму по указанному ниже адресу.



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



Факс: **(323) 889-2228**

Если у Вас возникли вопросы или Вам нужна помощь в связи с заполнением этой формы, обращайтесь в отдел обслуживания клиентов по телефону **(855) 699-5557 (линия ТТУ: 711)** с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 6 p.m.

Информация об участнике

Предназначение данной формы:

☐ Претензия ☐ Апелляция

Заполняет представитель плана Blue Shield Promise.

Дата получения:

Имя участника:

Дата рождения:

Идентификационный
номер участника:

Адрес (дом, улица):

Город:

Почтовый индекс:

Телефон:

Дополнительный номер телефона:

Имя и фамилия лица, заполняющего
форму, если заполняется не участником:

Кем приходится участнику: Телефон представителя:

(Приведенные ниже поля заполнять не обязательно)

Пол при рождении (гендер):

Гендерная идентичность:

Сексуальная ориентация:

Семейное положение:

Гендерные местоимения
участника:

Раса:

Вы испаноязычного, латиноамериканского или
испанского происхождения?

Этническая принадлежность:

Суть жалобы/апелляции

Где возникла проблема? (Название аптеки, больницы или клиники)

Дата возникновения
проблемы:

Кто еще был вовлечен, кроме Вас? (По возможности, укажите имена и фамилии персонала, вовлеченного в ситуацию)

Подробно опишите проблему:

ЗАПОЛНЯТЬ ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ ПОДАЧИ АПЕЛЛЯЦИИ: Укажите, в отношении какой услуги Вы подаете апелляцию (укажите номер разрешения из письма об отказе в предоставлении услуги):

Решение

Как Вы пытались решить эту проблему?

Какие действия, по Вашему мнению, являются надлежащим решением Вашей проблемы?

Подпись:	Дата:
-----------------	--------------

Кто может подать заявление?

Подать заявление может любой участник плана Blue Shield Promise. На момент возникновения проблемы или на дату, когда в предоставлении Вам льгот было отказано, Вы должны являться полноправным участником плана.

Если Вы хотите, чтобы Ваши интересы представляло другое лицо, Вы должны предоставить такому лицу соответствующее разрешение. Для этого необходимо заполнить форму о назначении представителя (Appointment of Representative, AOR) или предоставить другое письменное доказательство права законного представительства. Чтобы получить форму о назначении представителя (AOR), позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру (855) 699-5557 (линия TTY: 711). Форму о назначении представителя (AOR) также можно найти на веб-сайте blueshieldca.com/en/bsp.

Поставщик услуг может подать апелляцию от Вашего имени без наличия формы о назначении представителя. Это связано с тем, что поставщик оспаривает услуги, которые необходимы для Вашего лечения.

Что подразумевается под претензией?

Жалоба (или претензия) подается в случае возникновения проблемы или если Вы недовольны обслуживанием, получаемым в плане Blue Shield Promise или предоставляемым поставщиком услуг. Например, причиной для подачи претензии может служить слишком долгое ожидание записи на прием к врачу. В случае подачи претензии временные рамки не предусмотрены.

Вы можете подать претензию, если считаете, что стали жертвой дискриминации по одному из нескольких признаков, которые защищаются законом штата Калифорния (в частности в связи с состоянием здоровья, статусом беременности, расой, наличием инвалидности, происхождением, национальностью, религией, возрастом, полом, гендером, гендерной идентичностью, гендерным самовыражением, сексуальной ориентацией или семейным положением). Вы также можете подать претензию, если считаете, что сотрудники плана не предоставили Вам надлежащего обслуживания с учетом трансгендерных аспектов.

Что такое апелляция?

Апелляция — это просьба пересмотреть и изменить решение, принятое планом Blue Shield Promise в отношении предоставления Вам услуг. Если мы отправим Вам уведомление о предпринятом действии (NOA) и сообщим об отказе в предоставлении услуги, ее отсрочке, изменении или прекращении ее предоставления, а Вы не согласитесь с нашим решением, Вы можете подать апелляцию. В частности, апелляция может касаться отказа в оплате покрываемых услуг. Например, Вы можете подать апелляцию, если не согласны с отказом в проведении операции. Вы должны подать апелляцию в течение 60 календарных дней с даты, указанной в письме с уведомлением о предпринятом действии (NOA).

Процедура и сроки

После подачи Вами заявления для ведения Вашего дела и проведения расследования по Вашей проблеме будет назначен координатор по рассмотрению апелляций и претензий. Не позднее 5-го дня с даты получения Вам направят письмо с уведомлением о том, что Ваше заявление было получено. Координатор по рассмотрению апелляций и претензий свяжется с Вами, чтобы задать вопросы касательно проблемы, о которой Вы сообщили. По окончании процедуры рассмотрения Вам позвонят или Вы получите письмо от координатора по рассмотрению апелляций и претензий, в котором будет изложена информация о результатах проведенного расследования.

Процедура рассмотрения большинства претензий и апелляций занимает до 30 календарных дней.

Если у Вас есть срочный вопрос, связанный с серьезной проблемой со здоровьем, мы начнем ускоренное (быстрое) рассмотрение. Мы сообщим Вам свое решение в течение 72 часов. Чтобы подать запрос на рассмотрение в ускоренном порядке, позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру (855) 699-5557 (линия TTY: 711).

В соответствии с требованиями Департамента управляемого медицинского обслуживания, план Blue Shield of California Promise Health Plan должен уведомить Вас о следующем.

Деятельность планов медицинского страхования находится в ведении Департамента управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния. Если у Вас возникнут претензии в отношении Вашего плана медицинского страхования, прежде чем обращаться в Департамент, Вам следует связаться с планом по телефону (855) 699-5557 и воспользоваться внутренней процедурой урегулирования претензий. Такой порядок действий не лишает Вас законных прав и имеющихся средств защиты. Если Вам потребуется помощь в подаче претензии, требующей ускоренного рассмотрения, претензии, решение по которой Вас не удовлетворяет, либо претензии, которая не была рассмотрена в течение 30 дней, Вы можете обратиться в Департамент. Вы также можете иметь право на получение независимой медицинской экспертизы (IMR). IMR представляет собой объективную оценку медицинских решений, принятых планом медицинского страхования в отношении медицинской целесообразности предложенных услуг или лечения, страхового покрытия лечения экспериментального или исследовательского характера и споров, касающихся оплаты экстренной и неотложной медицинской помощи. В Департаменте также есть бесплатный номер телефона (888) 466-2219 и линия TDD (877) 688-9891. На веб-сайте Департамента (www.dmhca.ca.gov) представлены бланки жалоб, бланки запросов о проведении IMR и инструкции по их заполнению.