

## فرم نارضایتی

### اطلاعات عضو

نام عضو (خانوادگی)	(اول)	تاریخ تولد:	ماه	روز	سال	تاریخ اجرای عضویت:	ماه	روز	سال
نشانی (خیابان)	(شهر)	(ایالت)	(کد پستی)						
تلفن (منزل)	(محل کار)	تعداد اعضای برنامه درمانی در خانواده، شامل نارضایتی عضو:							
نام شخصی که فرم را پر می کند، اگر با نام عضو متفاوت است		(شماره تلفن در طول روز)							

مشکل در کجا اتفاق افتاد؟ (نام داروخانه، بیمارستان یا درمانگاه)	تاریخ حادثه:	ماه	روز	سال
چه شخصی به غیر از شما درگیر بود؟ (در صورت امکان، نام کارکنان درگیر را ارائه کنید).				
لطفا آنچه اتفاق افتاد را تا حد امکان به طور مفصل توضیح دهید: (شامل ترتیب حوادث و نحوه تأثیرگذاری مشکل بر شما).				
<b>به ملحقات مراجعه کنید</b>				

سازمان هماهنگ خدمات درمانی کالیفرنیا (Department of Managed Health Care, DMHC) مسئول کنترل برنامه های خدمات مراقبت درمانی می باشد. اگر شکایتی بر علیه Blue Shield Promise دارید، ابتدا باید با Blue Shield Promise به شماره 1-855-699-5557 تماس بگیرید (TDD/TTY برای ناشنویان به شماره 1-877-735-2929) و قبل از تماس با DMHC از روال نارضایتی Blue Shield Promise استفاده نمایید. استفاده از این رویه ارائه شکایت، شما را از هرگونه حقوق یا راهکارهای قانونی احتمالی که ممکن است در اختیارتان باشد محروم نمی کند. اگر در رابطه با نارضایتی که مربوط به مواقع اضطراری می شود، نارضایتی که به طور رضایتبخش توسط Blue Shield Promise حل و فصل نشده یا نارضایتی که برای بیش از 30 روز لاینحل باقی مانده به کمک نیاز دارید، می توانید برای دریافت کمک با DMHC تماس بگیرید. همچنین ممکن است برای بررسی مستقل پزشکی (IMR) واجد شرایط باشید. اگر برای یک IMR واجد شرایط باشید، روال IMR به طریقی بیطرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذ شده توسط برنامه درمانی را مورد رسیدگی قرار می دهد. این تصمیمات می تواند در رابطه با لزوم دریافت خدمات یا معالجه پیشنهاد شده، تصمیمات مربوط به پوشش در رابطه با معالجات با ماهیت تجربی یا تحقیقاتی و اختلافات در میزان هزینه خدمات پزشکی اضطراری یا فوری باشد. سازمان هماهنگ خدمات درمانی همچنین یک خط تلفن رایگان (1-888-466-2219) و یک خط TDD به شماره (1-877-688-9891) برای افراد مبتلا به مشکلات شنوایی و گفتاری دارد. وب سایت این اداره به نشانی <http://www.dmhc.ca.gov> حاوی فرم های شکایت، فرم های تقاضانامه IMR و دستورالعمل های آنلاین است.

-

اقدام درخواست شده

مایلید که چه اقدامی در مورد این مشکل انجام شود؟
<b>به ملحقات مراجعه کنید</b>

دریافت نارضایتی توسط:	<input type="checkbox"/> حضوری
	<input type="checkbox"/> از طریق تلفن
	<input type="checkbox"/> توسط پست
	<input type="checkbox"/> آنلاین
تاریخ دریافت:	زمان دریافت:
امضای عضو (اختیاری)	تاریخ
اینجانب توجه دارم که برنامه درمانی در ظرف سی (30) روز با من تماس خواهد گرفت تا گزارشی را در مورد تحقیقات و/یا اقدامات مربوط به شکایت به من گزارش کند.	

توضیح دهید که چه اتفاقی افتاد:

اقدام درخواست شده:

(صرفاً برای استفاده اداری)

نتیجه/راه حل:

(تنها در صورت استیناف تسریع شده پر شود)

عضو به طور شفاهی تأیید کرده و در مورد بررسی استیناف در ظرف 72 ساعت به وی اطلاع داده شد: بله  خیر

تاریخ دریافت:

دریافت نارضایتی توسط: