



上诉和申诉表

供 Blue Shield of California 的 Medicare Advantage 计划会员及 Blue Shield 的 Medicare 处方药计划会员使用。上诉和/或申诉申请(申诉和上诉的相关说明见背面)

会员姓名:	会员 ID 号码:
地址:	
电话号码:	授权代表:

上诉

您希望提出上诉的被拒服务或索赔编号:

服务日期:	提供者姓名:
争议总金额:\$	会员已付金额(如有):\$

请以清晰、易读、详细的形式说明上诉申请。请务必提供您认为可能有帮助的任何信息,包括任何索赔/账单、医疗记录或拒绝通知(如有)的副本: _____

标准上诉(重新裁定)申请必须在拒绝通知书上所载日期起 65 天内以书面形式提交。致电客户服务部将启动标准上诉,但如果没有您的书面申请,则无法予以处理。

申诉

请说明您的申诉或问题: _____

申诉可在事件发生后 60 天内以口头或书面形式提出。请注意,您可拨打 Blue Shield 会员 ID 卡上所列电话号码,联系客户服务部以提出申诉。

签名: _____ 日期: _____
会员(或代表)签名(如为代表,请填写随附的《代表委托书》(AOR)表格)

请将此表交回 Blue Shield of California
Medicare 上诉与申诉部:

将表格邮寄至: P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856 或传真至 (916) 350-6510	亲自提交: 6300 Canoga Ave. Woodland Hills, CA 91367
--	---

什么是申诉？

您针对我们或我们任意网络内提供者或药房所提出的一种投诉，包括有关护理质量的投诉。此类投诉不涉及承保范围或付款争议。

什么是组织裁定？

组织裁定是 Blue Shield 65 Plus 或代表计划行事的个人（如您的主治医生或医生团体）做出的初步决定，以批准或拒绝有关您或您的代表提出的为服务付款或提供服务的请求。

什么是承保范围裁定？

关于某项医疗服务或处方药是否在计划承保范围内以及您需要为该服务或处方药支付的金额（如有）的决定。一般而言，如果您将处方带到药房，而药房告诉您该处方不在计划承保范围内，这并不是承保范围裁定。如果您不同意，您需要致电或致函您的计划，要求对承保范围作出正式决定。

什么是上诉？

上诉指您在不同意以下决定的情况下可采取的行动，即拒绝医疗保健服务或承保处方药的申请，或拒绝给付您已获得的服务或药物。如果您不同意停止您正在接受的服务的决定，您可以提出上诉。例如，如果您认为本计划未就您应获药物、物品或服务支付费用，您可提出上诉。

如果我们拒绝您有关医疗保健服务或服务付款的申请的任何部分，您可以要求我们重审决定。这就是所谓的“上诉”或“重审申请”。

此外，如果我们在承保范围裁定中拒绝您有关 D 部分处方药的申请的任何部分，您可以要求我们重审决定。这就是所谓的“重新裁定申请”。

有关如何提出申诉和/或上诉的完整说明，请参阅 *Evidence of Coverage*（承保范围说明书）。