

فرم درخواست تجدید نظر و شکایات

برای استفاده توسط اعضای طرح Medicare Advantage شرکت Blue Shield of California و اعضای طرح داروهای تجویزی Medicare شرکت Blue Shield. درخواست تجدید نظر و/یا شکایت (برای مشاهده توضیحات شکایت و درخواست تجدید نظر، به پشت فرم مراجعه کنید)

نام عضو:	شماره شناسایی عضو:
نشانی:	
شماره تلفن:	نماینده مجاز:

درخواست تجدید نظر

شماره خدمت یا مطالبه رد شده که می‌خواهید نسبت به آن، درخواست تجدید نظر کنید:

تاریخ خدمات:	نام ارائه‌دهنده:
کل مبلغ مورد اختلاف:	مبلغ پرداختی توسط عضو (در صورت وجود):

لطفاً درخواست تجدید نظر خود را به صورت واضح، خوانا و مفصل توضیح دهید. لطفاً مطمئن شوید که هر گونه اطلاعاتی را که فکر می‌کنید ممکن است مفید باشد، از جمله کپی‌هایی از هرگونه مطالبه/صورت‌حساب، سوابق پزشکی یا اطلاعیه‌های رد پوشش، در صورت وجود، ارائه دهید.

درخواست تجدید نظر استاندارد (بازنگری) باید به صورت کتبی ظرف 65 روز از تاریخ اطلاعیه رد پوشش ارسال شود. تماس با خدمات مشتری موجب آغاز فرآیند یک درخواست تجدید نظر استاندارد می‌شود، اما بدون درخواست کتبی شما قابل پردازش نیست.

شکایت

لطفاً شکایت یا مشکل خود را توضیح دهید:

شکایت می‌تواند به صورت شفاهی یا کتبی ظرف 60 روز پس از حادثه ثبت شود. لطفاً توجه داشته باشید که برای ثبت شکایت می‌توانید از طریق شماره تلفن مندرج در کارت شناسایی عضویت Blue Shield خود با بخش خدمات مشتریان ما تماس بگیرید.

امضا:

تاریخ:

امضای عضو (یا نماینده) (اگر نماینده امضا می‌کند، لطفاً فرم پیوست شده انتصاب نماینده (AOR) را تکمیل کنید)

لطفاً این فرم را به بخش تجدید نظرها و شکایات Medicare
Blue Shield of California برگردانید:

به صورت حضوری:
6300 Canoga Ave.
Woodland Hills, CA 91367

ارسال فرم به:
P.O. Box 927
Woodland Hills, CA 91365-9856
یا از طریق ارسال رونوشت به شماره (916) 350-6510

شکایت چیست؟

نوعی شکایت از ما یا یکی از ارائه‌دهندگان شبکه یا داروخانه‌های ما، از جمله شکایت در مورد کیفیت مراقبت شما. این نوع شکایت شامل اختلافات مربوط به پوشش یا پرداخت نیست.

تصمیم سازمانی چیست؟

تصمیم سازمانی یک تصمیم اولیه توسط Blue Shield 65 Plus یا شخصی مانند پزشک مراقبت‌های اولیه یا گروه پزشکان شما است که از طرف برنامه عمل می‌کند، این تصمیم برای تأیید یا رد پرداخت برای یک سرویس یا درخواست ارائه خدمات که توسط شما یا از طرف شما ارائه شده، اتخاذ می‌شود.

تعیین پوشش چیست؟

تصمیم در مورد اینکه آیا خدمات پزشکی یا دارویی که برای شما تجویز شده است توسط این طرح پوشش داده می‌شود یا خیر و در صورت پوشش داده شدن، مبلغ آن؛ شما ملزم به پرداخت هزینه خدمات یا نسخه تجویزی هستید. به طور کلی، اگر نسخه خود را به داروخانه بیاورید و داروخانه به شما بگوید که نسخه تحت پوشش طرح شما نیست، این یک تعیین پوشش نیست. در صورت مخالفت، برای درخواست تصمیم رسمی در مورد پوشش، باید با طرح خود تماس بگیرید یا به صورت کتبی درخواست کنید.

تجدید نظر چیست؟

درخواست تجدیدنظر اقدامی است که اگر با تصمیمی مبنی بر رد درخواست خدمات مراقبت‌های بهداشتی یا پوشش داروهای تجویزی، یا رد پرداخت برای خدمات یا هزینه داروهای که قبلاً دریافت کرده‌اید مخالف باشید، انجام می‌دهید. اگر با تصمیمی مبنی بر توقف خدماتی که دریافت می‌کنید مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر ارائه دهید. برای مثال، اگر طرح ما برای دارو، کالا یا خدماتی که فکر می‌کنید باید بتوانید آن را دریافت کنید، مبلغی پرداخت نمی‌کند، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه دهید.

اگر هر بخشی از درخواست شما برای خدمات مراقبت پزشکی یا پرداخت هزینه خدمات را رد کنیم، می‌توانید از ما بخواهید در تصمیم خود تجدید نظر کنیم. به این کار «تجدید نظر» یا «درخواست بازنگری» می‌گویند.

همچنین اگر در تعیین پوشش خود، بخشی از درخواست شما برای دارو(های) تجویزی بخش D را رد کنیم، می‌توانید از ما بخواهید در تصمیم خود تجدید نظر کنیم. این کار "درخواست تعیین مجدد" نامیده می‌شود.

برای مشاهده توضیحات کامل در مورد نحوه ثبت شکایت یا تجدید نظر، لطفاً به *Evidence of Coverage* (مدرک پوشش) خود مراجعه کنید.