

استمارة شكوى

معلومات عن العضو

اسم العضو (الخير)	تاريخ الشراك العلمي
العنوان (الشارع)	(الرمز البريدي)
(الهاتف (المنزل	(العمل)
اسم الشخص الذي يعيى السمتارة، إذا كان مختلفاً عن اسم لعضو	عدد أفراد العائلة الأعضاء في البرنامج بما فيهم العضو المشككي
رقم الهاتف أثناء النهار)	

أين حدثت المشكلة؟ (اسم الصيدلية أو المستشفى أو العيادة	تاريخ الحادث
(من غيرك كان مشتركاً (أذكر أسماء الموظفين، إذا أمكن	
(الرجاء وصف ماذا حدث على وجه التخصيص وبقدر المستطاع) بذكر تسلسل الأحداث وكيف أثرت فك المشكلة	
أنظر إلى الملحق	

م اسؤولة عن تنظيم برامج خدتام العانية Care Health Managed of Department California تعتبر إدارة العناية الصحية الموجهة الكليفورني
ى الرقم Promise Shield Blue ليك الاتصا أولاً ببرمانج ل لع Promise Shield Blue الصحية إن كانت لديك شكوى ضد برمانج
الينامج

من (1-800-605-2556 للمعاقين سعيًا وكلاهيًا الاتصا بالرقم 1-877-735-2929) ينامج واستخدام لمعية تقويم الشكوا ولتابة
قبا للاتصا بإدارة العانية الصحية الموجهة الكليفورنيا. استخدام عملية تقديم الشكوى هذه ال يحرمك أي حقوق أو تدابير قنانونية Promise Shield Blue لبرمانج ل
Promise محتلمة قد تكوم ن تاحة إليك. إن كنت بحجاة إلى مسعادة بشكوى تتضمن حالة طارئة أو شكوى لم يتم حلها بطريقة مرضية من قبل برمانج ل
أو شكوى ظلت دون حل أكثر 30 من يوام، ينمكك الاتصال بإدارة العانية الصحية Shield Blue
ستزودك عملية IMR إذاك متزهال لمراجعة طبية غير متحيز (ة. IMR) الموجهة لكاليفورنيا للمساعدة. وقد تكوم نوهال أيضًا لمراجعة طبية غير متحيز
بمراجعة طبية غير متحيزة للقرارات الطبية ال تا يتخذاه برمانج صحي والمنغلة بالضرورة الطبية لخدمة أوع ال ج مقترح أو قراراتنا تغطية لعلتاج تجريبية IMR
أو استصقافية بطبيعتها أو خلفا حول دخ عفدتام طبية طارئة أو مستعجلة. تملك إدارة العانية الصحية
نا الموجهة لكاليفورنيا أيضا رقم اهتجم هانف يو (888-1-2219-466) وخطنامج ايا للمعاقين سمعيًا وكالمهياو. (9891-688-877-1) ويملكك إبادج على
<http://www.dmhc.ca.gov> موقفا علترنن الخصا بإدارة العانية الصحية ال موجهة الكليفورنيعل اى العنو
ة. وتعلتج مامنوفرة على الترنن IMR استامرتنا للشكوى واستامرتنا طابلمراجعة الطبية غير المنحير
الإجراء المطلوب

ما هو الإجراء الذي تود أن يتخذ بشأن المشكلة؟	
أنظر إلى الملحق	
اسلم الشكوى	شخصياً
	بالهاتف
	بالبريد
	على الإنترنت
تاريخ التسالم	وقت التسالم
(توقيع العضو (اختياري	
التحقق و/أو الإجراء المتخذ بشأن الشكوى أفهم أن البرنامج سيتصل بي خال ثلاثين 30 يوماً لتزويدي الخاصة بي	



الرجاء وصف ماذا حدث

الخطوة المطلوبة

()

النتيجة/الحل

()

نعم

تم إشعار العضو شفويًا وإخطاره بعملية الاستئناف خلال 72 ساعة

تاريخ الاستالم:

استلم الشكوى