

فرم شکایت

اطلاعات مربوط به عضو

نام فامیل عضو	تاریخ تولد:	تاریخ شروع بیمه
آدرس (خیابان)	()	(ادبستی)
تلفن (منزل)	(محل آار)	تعداد افراد خانواده آه عضو این بیمه هستند از جمله خود شأی
نام شخصی آه این فرم را پر می آند، در صورتی آه غیر از آسی باشد آه عضو این بیمه نیست	شماره تلفن در ساعات روز)	

(این مسئله آجا اتفاق افتاد؟ نام داروخانه، بیمارستان یا آلیتیک	تاریخ شروع بیمه
(غیر از خود شما چه آسی دخالت داشت؟) اگر ممکن است نام آرمندانی را آه در موضوع دخالت داشته آند ذار آتید	
(لطفاً تا آنجا آه ممکن است با دقت آنچه را آه اتفاق افتاده شرح دهید:) از جمله ترتیب وقایعی آه اتفاق افتاده و اینکه چگونه این موضوع بر شما اثر گذاشته است	

به صفحه ضمیمه مراجعه آتید

کالیفرنیا مسئول تنظیم مقررات بیمه مای خدمات درمانی است. اگر شما از برنامه Health (Managed Care) (DMHC) اداره منجد ملت کر "قبیله" محلی کاپیتی دارید، ابتدا باید با برنامه بیمه محلی به شماره تلفن **1-800-605-2556** (یا شماره مخصوص Promise Shield) تماس بگیرید و جریان شکایت از بیمه محلی را طی کنید، و این کار TTD/TTY) اشخاصی که اختلال شنوائی دارند با **1-877-735-2929** تماس بگیرید. استفاده از زیرین پراحل شکایت هیچگونه حق قانونی بالقوه یا خسارتی را که ممکن DMHC صورت میگیرد که با منجد ملت کر و است در اختیارتان باشد از شما سلب نمیکند. اگر در رابطه با شکایت سر مورد یک وضعیت اضطراری، شکایتی که به نحو مطلوبی تماس DMHC توسط برنامه بیمه محلی حل و فصل نشده، یا شکایتی که بیش از 30 روز است لاینحل مانده نیاز به کمک دارید، میتوانید با بگیرید

واجد شرایط باشید. اگر برای بررسی مستقل پزشکی واجد (IMR) "کمک بخواهید. شما همچنین ممکن است برای یک "بررسی مستقل پزشکی در مورد تصمیمات پزشکی اتخاذ شده بوسیله برنامه بیمه در رابطه با خدمات و یا معالجه پیشنهاد شده، تصمیمات IMR شرایط باشید، جریان کار با آن تحت پوشش برای معالجاتی که دارای طبیعت تجربی یا تحقیقاتی هستند، و نیز اختلافات پرداخت مزینه برای خدمات پزشکی اضطراری یا فوری، این اداره بر یک بررسی بیطرفانه به عمل خواهد آورد. اداره منجد ملت کر همچنین یک تلفن رایگان به شماره **1-888-2219-466** (دارد برای اشخاصی که اختلال شنوائی و گفتاری دارند **1-877-688-9891**) TDD که میتوانید شکایت و فرمهای تماس بگیرید. شماره مخصوص فرمهای <http://wwwdmhc.ca.gov> است. تارنمای روی اینترنت به نشانی

آرملیعی نآه حل نآه فیصل یشلتنجام شود

دوست دارید راجع به این مشکل چه آرملیعی انجام شود؟

به صفحه ضمیمه مراجعه آتید

تاریخ دریافت شکایت	<input type="checkbox"/> بطور شخصی
دریافت تاریخ	<input type="checkbox"/> توسط تلفن
	<input type="checkbox"/> توسط نامه
	<input type="checkbox"/> از طریق اینترنت
(محل امضای عضو) اختیاری	عرض سی (30) روز از تاریخ اعلام شکایت، با من من متوجه این موضوع هستم آه برنامه بیمه ام در تماس می گیرد تا درباره تحقیقاتی آه انجام داده و/ یا اقداماتی آه صورت داده به من گزارش دهد



Promise
Health
Plan

آنچه را آه اتفاق افتاده شرح دهید:

آرهایی را آه انتظار دارید یا داشته اید انجام شود بنویسید

(OFFICIAL USE ONLY)

OUTCOME/RESOLUTION:

(Complete only if an Expedited Appeal)

Member was acknowledged verbally and notified of the 72 hours appeal process: Yes No

Grievance Received by:

Date Received: