

# فرم درخواست تجدیدنظر و طرح شکایات

جهت استفاده توسط اعضای طرح Blue Shield's Medicare Advantage و اعضای طرح پوشش داروهای نسخه‌ای Blue Shield - Medicare. درخواست تجدیدنظر و/یا طرح شکایت (برای مشاهده توضیحات درباره شکایت یا تجدیدنظر پشت فرم را ببینید)

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

## درخواست تجدیدنظر

شماره(های) خدمات رد شده یا دعوی مدنظر برای درخواست تجدیدنظر

تاریخ‌های خدمت (خدمات):	نام ارائه دهنده خدمات:
مجموع مبلغ مورد اختلاف: \$	مبلغ پرداخت شده توسط عضو (در صورت پرداخت): \$

لطفاً درخواست تجدیدنظر خود را به‌صورت واضح، قابل فهم و با جزئیات کامل توضیح دهید. لطفاً مطمئن شوید هرگونه اطلاعاتی را که فکر می‌کنید ممکن است سودمند باشند به همراه کپی‌های دعاوی/صورت‌حساب‌ها، سوابق پزشکی یا اخطاریه‌های رد خدمات (در صورت وجود) ارائه نمایید:

درخواست تجدیدنظر استاندارد (تعیین وضعیت مجدد) باید به‌صورت مکتوب ظرف **60** روز از تاریخ اخطاریه رد خدمات ارائه شود. تماس با خدمات مشتریان یک فرآیند تجدیدنظر استاندارد را آغاز خواهد کرد اما تا وقتی تقاضای مکتوب ارائه ندهید، رسیدگی انجام نخواهد شد.

## طرح شکایت

لطفاً شکایت یا مشکل خود را توضیح دهید:

شکایت را می‌توانید به‌صورت شفاهی یا مکتوب ظرف **60** روز از وقوع مسئله مطرح کنید. لطفاً توجه داشته باشید که می‌توانید از طریق شماره تلفن مندرج در کارت شناسایی عضویت Blue Shield خویش برای طرح شکایت استفاده کنید.

امضاء: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_  
امضای عضو (یا نماینده وی) (اگر نماینده هستید، لطفاً فرم تعیین نماینده یا AOR پیوست را تکمیل کنید)

لطفاً این فرم را به دپارتمان تجدیدنظر و شکایات Blue Shield of California  
Medicare تحویل دهید:

به‌صورت حضوری:  
6300 Canoga Ave.  
Woodland Hills, CA 91367

فرم را پست کنید به نشانی:  
P.O. Box 927  
Woodland Hills, CA 91365-9856  
یا فکس کنید به شماره (916) 350-6510

## شکایت به چه معناست؟

هر نوع شکوائیه که درباره ما یا ارائه‌دهندگان عضو شبکه یا داروخانه‌های ما طرح می‌کنید، شامل شکایت درباره کیفیت خدمات مراقبتی دریافتی. این نوع شکایت به اختلاف‌نظرهای مربوط به پوشش بیمه یا پرداخت مربوط نمی‌شود.

## تعیین سازمان (Organization Determination) به چه معناست؟

تعیین سازمان یک تصمیم اولیه توسط Blue Shield 65 Plus یا شخصی مانند پزشک شخصی یا گروه پزشکی است که از طرف طرح فعالیت می‌کنند تا پرداخت برای یک خدمت یا درخواست ارائه خدمات ارائه‌شونده توسط شما یا از طرف شما را تأیید یا رد کند.

## تعیین پوشش بیمه (Coverage Determination) به چه معناست؟

تصمیم درباره اینکه یک خدمت پزشکی یا داروی تجویز شونده برای شما تحت پوشش طرح بیمه (در صورت وجود) قرار می‌گیرد و شما ملزم به پرداخت چه مبلغی از هزینه خدمت یا نسخه هستید. به‌طور کلی، چنانچه نسخه را به داروخانه ببرید و داروخانه اعلام کند که تحت پوشش طرح بیمه شما نیست، این به‌منزله تعیین پوشش بیمه نیست. برای تقاضای اتخاذ یک تصمیم رسمی درباره پوشش بیمه خود در مواردی که مورد قبول شما نیست، می‌بایست تماس گرفته یا درخواست مکتوب ارائه دهید.

## درخواست تجدیدنظر (Appeal) چیست؟

درخواست تجدیدنظر تقاضایی است که در صورت عدم موافقت با تصمیم اتخاذ شده مبنی بر رد درخواست‌تان برای خدمات مراقبتی درمانی یا پوشش بیمه داروهای نسخه‌ای یا عدم پرداخت هزینه‌های خدمات یا پرداخت هزینه داروهایی که قبلاً دریافت کردید، ارائه می‌دهید. اگر با تصمیم اتخاذ شده برای توقف خدماتی که دریافت می‌کنید موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. برای مثال، چنانچه طرح بیمه هزینه یک دارو، لوازم یا خدماتی را که معتقد هستید لازم است دریافت کنید، پرداخت نمی‌کند، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه دهید.

اگر هر بخشی از درخواست شما برای خدمات مراقبت پزشکی یا پرداخت هزینه خدمات را نپذیریم، می‌توانید از ما درخواست کنید تصمیم خود را مجدداً بررسی نماییم. این امر «درخواست تجدیدنظر» یا «درخواست بررسی مجدد» نامیده می‌شود.

علاوه بر این، اگر هر بخشی از درخواست شما برای دارو(های) نسخه‌ای بخش D را در تعیین پوشش بیمه خود نپذیریم، می‌توانید از ما درخواست کنید تصمیم خود را مجدداً بررسی نماییم. این امر «درخواست بررسی مجدد» نامیده می‌شود.

جهت اطلاع از توضیحات کامل نحوه طرح شکایت و/یا تجدیدنظر، به گواهی پوشش خدمات (Evidence of Coverage) خود مراجعه کنید.