

## 申诉表

### 会员信息

会员姓名 (姓氏) (名字)	出生日期: 月 日 年	参保生效日期: 月 日 年
地址 (街道) (城市) (州)	(邮政编码)	
电话 (住家) (工作)	家中的计划会员人数, 包括提出申诉的会员:	
填写表格的人的姓名 (如与会员姓名不同)		(日间电话)

问题在哪里发生? (药房、医院或诊所名称)	事件发生日期: 月 日 年
除您自己以外, 还有谁涉及此事? (如果可能, 请提供涉及此事的工作人员的姓名。)	
请尽可能具体地描述发生的情况: (包括事件经过以及此问题对您的影响。)	
<b>请参见附件</b>	

加州医疗保健管理局(DMHC)负责监管医疗保健服务计划。如果您要对Blue Shield Promise提出申诉, 您应该首先致电Blue Shield Promise, 电话**1-855-699-5557** (听障人士请拨打听障和语障专线**1-877-735-2929**) 并使用Blue Shield Promise的申诉流程, 之后再联系DMHC。利用此申诉程序并不会妨碍您的任何潜在法律权利或可能可以使用的补救措施。如果您需要申诉方面的帮助而申诉涉及紧急情况, 或是Blue Shield Promise的解决方式未能令您满意, 又或是申诉超过30天仍未获得解决, 您便可致电DMHC请求协助。您也可能符合进行独立医疗审查(Independent Medical Review, IMR)的资格。如果您符合IMR的资格, IMR流程则会针对保健计划对提议的服务或治疗是否为医疗所必需、实验性或研究性的治疗是否属于承保范围的决定, 以及有关急诊或紧急医疗服务给付争议而做出的医疗决定, 进行公正无私的审查。医疗保健管理局也设有免付费电话号码**(1-888-466-2219)**, 以及为听障和语障人士提供的听障专线**(1-877-688-9891)**。管理局网站<http://www.dmhc.ca.gov>提供在线投诉表格、IMR申请表和说明。

### 请求计划采取的行动

您希望我们如何解决这个问题?	<b>请参见附件</b>
----------------	--------------

申诉收受人员:	亲自递交 <input type="checkbox"/>	日期 会员签名 (非必填) 我了解, 本计划将于三十(30)天内与我联系, 向我报告计划针对我的投诉所进行的调查和/或采取的行动。
	通过电话 <input type="checkbox"/>	
收受日期: 收受时间:	通过邮寄 <input type="checkbox"/>	
	在线 <input type="checkbox"/>	



描述发生的情况：

请求计划采取的行动：

(仅供员工使用)

调查结果/解决方案：

(仅在特急上诉时才需填写)

会员已接获口头确认并已得知72小时上诉流程：是  否

申诉收受人员：

收受日期：