

نموذج تظلم

معلومات العضو

اسم العضو (الاسم الأخير)	(الاسم الأول)	تاريخ الميلاد: شهر يوم سنة	تاريخ سريان التسجيل: شهر يوم سنة
العنوان (شارع)	(مدينة)	(ولاية)	(الرمز البريدي)
رقم الهاتف (المنزل)	(العمل)	اذكر أعضاء الأسرة التابعين للخطّة، بما في ذلك تظلمات الأعضاء:	
اسم الشخص الذي استكمل النموذج إذا كان مختلفًا عن اسم العضو		(رقم الهاتف خلال النهار)	

أين حدثت المشكلة؟ (اسم الصيدلية أو المستشفى أو العيادة)	تاريخ الحادثة: شهر يوم سنة
من الذي شارك في هذه الحادثة؟ (اذكر أسماء المشاركين من العاملين، إن أمكن).	
يرجى وصف ما حدث على وجه التحديد قدر الإمكان: (بما في ذلك تسلسل الأحداث ومدى تأثير المشكلة عليك).	
يُرجى الاطلاع على المرفق	

إن إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (California Department of Managed Health Care, DMHC) مسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. وإذا كان لديك تظلم ضد Blue Shield Promise، ينبغي لك أولاً الاتصال بـ Blue Shield Promise على الرقم **1-855-699-5557** (والاتصال بخط TDD/TTY لضعاف السمع على الرقم **1-877-735-2929**) والسير في إجراءات التظلم التابعة لـ Blue Shield Promise قبل الاتصال بـ DMHC. ولا يحول اتباع إجراءات التظلم هذه دون الحصول على أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تكون مستحقة لك. وإذا كنت بحاجة إلى المساعدة بشأن تقديم تظلم يتعلق بحالة طارئة، أو تظلم لم تتخذ فيه Blue Shield Promise قرارًا مرضيًا، أو تظلم لم يُبت فيه لمدة تزيد عن 30 يومًا، فيمكنك الاتصال بـ DMHC للحصول على المساعدة. وقد تكون أيضًا مؤهلاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة (Independent Medical Review, IMR). وإذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فستوفر عملية IMR مراجعة حيادية للقرارات الطبية المتخذة من قبل خطة الرعاية الطبية فيما يتعلق بحالات الضرورة الطبية لتقديم الخدمة أو العلاج الموصى بهما، وقرارات التغطية للعلاجات التجريبية، أو قيد الدراسة وخلافات السداد في حالات الطوارئ، أو الخدمات الطبية العاجلة. يتوفر لدى إدارة الرعاية الصحية المُدارة أيضًا رقم هاتف مجاني (**1-888-466-2219**) وخط TDD برقم (**1-877-688-9891**) لمن يعانون من صعوبات في السمع والتحدث. يحتوي الموقع الإلكتروني للإدارة <http://www.dmhc.ca.gov> على نماذج الشكاوى ونماذج طلبات IMR والتعليمات عبر الإنترنت.

الإجراء المطلوب

ما الذي ترغب في القيام به حيال هذه المشكلة؟	
يُرجى الاطلاع على المرفق	
تم استلام التظلم بواسطة:	<input type="checkbox"/> شخصياً <input type="checkbox"/> عبر الهاتف <input type="checkbox"/> عبر البريد <input type="checkbox"/> عبر الإنترنت
تاريخ الاستلام:	وقت الاستلام:
التاريخ	
توقيع العضو (اختياري) أدرك أن الخطّة ستتواصل معي في غضون ثلاثين (30) يومًا لإعطائي تقريرًا عن تحقيقها و/أو الإجراء المتعلق بشكواي.	

وصف ما حدث:

الاجراء المطلوب:

(الاستخدام الرسمي فقط)

النتيجة/القرار:

(لا يُستكمل هذا الجزء إلا في حالة الطعن العاجل)

تم الإقرار بالعضو شفهيًا وإخطاره بعملية الطعن لمدة 72 ساعة: نعم لا

تاريخ الاستلام:

استلمَ التنظيم: