



ĐƠN KHIẾU NẠI/THAN PHIỀN CỦA HỘI VIÊN

Ngày: _____

Xin vui lòng viết in tất cả thông tin.

Thông tin về người nộp đơn than phiền:

Tên () Số điện thoại nơi làm việc () Số điện thoại nhà riêng

Địa chỉ Thành phố Tiểu bang Mã zip

Tên của (những) người liên quan đến người nộp đơn than phiền:

Tên #:
Số ID

Tên #:
Số ID

Tên #:
Số ID

Tính chất của than phiền: [Chọn tất cả các tùy chọn áp dụng]

- Tiếp thị Khó hủy ghi danh Lập hóa đơn cho hội viên
 Chất lượng Vận chuyển Khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc
 Chăm sóc khẩn cấp Thái độ của nhân viên Ủy quyền

Khác: _____

Trình bày vấn đề: Ngày xảy ra: _____ Địa Điểm: _____

Tên nhà cung cấp _____

Mô tả chi tiết vấn đề/than phiền:

Sử dụng mặt sau của mẫu này nếu cần thêm khoảng trống.

Chữ ký của hội viên

(hoặc chữ ký của phụ huynh trong trường hợp hội viên là trẻ em hoặc mất năng lực)

Ngày

TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

HỘI VIÊN: Vui lòng cung cấp tên và số điện thoại của bất kỳ nhà cung cấp nào có thể đã điều trị bệnh cho quý vị mà là đối tượng của khiếu nại này.

Tất cả các Hồ sơ y khoa được thu thập sẽ được giữ bảo mật nghiêm ngặt và chỉ được sử dụng để xem lại đơn khiếu nại của quý vị.

THEO ĐÂY TÔI CHO PHÉP VÀ YÊU CẦU (CÁC) NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE ĐƯỢC LIỆT KÊ TRÊN ĐÂY TIẾT LỘ BẤT KỲ VÀ TẤT CẢ CÁC HỒ SƠ Y KHOA CHO HEALTH NET ĐỂ HỖ TRỢ SỰ CẦN THIẾT VỀ MẶT Y TẾ CHO ĐỐI TƯỢNG TRONG ĐƠN KHIẾU NẠI NÀY:

CHỮ KÝ: _____ **NGÀY:** _____

(Nếu do người khác không phải Hội viên ký) **MỐI QUAN HỆ:** _____
(MẸ, CHA, NGƯỜI GIÁM HỘ)

Nếu quý vị có thêm bất kỳ thắc mắc hoặc cần thêm trợ giúp nào về vấn đề này, vui lòng liên lạc Ban Phục vụ Hội viên theo số miễn phí (800) 675-6110 (TTY: 711). Khi hoàn thành, xin vui lòng gửi mẫu này đến: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Số fax: (877) 831-6019.

Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe California chịu trách nhiệm về quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, trước tiên quý vị cần gọi điện thoại đến chương trình bảo hiểm sức khỏe theo số **1-800-675-6110, TTY: 711** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi liên lạc với sở. Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này không cấm bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp sửa chữa tiềm năng nào có thể có sẵn cho quý vị. Nếu quý vị cần hỗ trợ về khiếu nại liên quan đến trường hợp cấp cứu, khiếu nại không được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc khiếu nại đã quá 30 ngày mà vẫn chưa được giải quyết, quý vị có thể gọi cho sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện được Duyệt xét y khoa độc lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn cho Duyệt xét y khoa độc lập (IMR), quy trình Duyệt xét y khoa độc lập (IMR) sẽ cung cấp đánh giá khách quan về các quyết định y tế được chương trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, quyết định về bảo hiểm đối với các phương pháp điều trị có tính chất thí nghiệm hoặc mang tính nghiên cứu và các tranh chấp về thanh toán cho trường hợp cấp cứu hoặc dịch vụ y tế khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và đường dây TDD (**1-877-688-9891**) dành cho người khiếm thính và khiếm thanh. Trang web trên internet của sở www.dmhc.ca.gov có mẫu than phiền, mẫu đơn Duyệt xét y khoa độc lập (IMR) và hướng dẫn trực tuyến.