

Inland Empire Health Plan
 Attn: Grievance Department
 P.O. Box 1800
 Rancho Cucamonga, CA 91729-
 1800
 傳真號碼 (909) 890-5748



所有問題請致電
 1-800-440-4347 或聽語障專線
 1-800-718-4347

**會員投訴表
 (MEDI-CAL)**

請填寫以下表格，並將其交回 IEHP 申訴部，地址如上。

會員資訊

名字	中間名首字母	姓氏	
會員地址：			IEHP 會員卡號碼
			電話號碼

投訴人 (您有權指定某人為您提出申訴或在申訴過程中代表您。此外，如果會員是未成年人或喪失行為能力的成人，可由父母、監護人、保護人、親戚或其他指定人提出申訴)

姓名 _____
關係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 祖父母或外祖父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他 _____

投訴性質

事件發生地點？(醫院名稱、醫生診所名稱或其他地點名稱)
此事件發生時間？(如果不確定，請提供大約的日期)
相關人士？
請說明事發經過。(必要時請加頁說明)

因為您是 IEHP 會員，所以您有權對 IEHP 或其醫療服務提供者提出投訴，不用害怕 IEHP、您的醫生或任何其他醫療服務提供者會採取對您不利的行動。您也有權向負責管理健保計畫的醫療保健計畫管理局提出投訴 / 申訴。如果您有疑問，請撥 1-800-440-4347 或 1-800-718-4347 (TTY 使用者專線)。

會員簽名 _____

日期 _____

父母或法定監護人簽名
 (如果會員是未成年人或無行為能力)

日期 _____

醫療保健計畫管理局：

加州管理式醫療照護部負責管理各項健康照護服務計畫。如果您需要對您的健康計畫提出申訴，在聯絡本部門之前，您應先致電您的健康計畫：1-800-440-4347 並使用您的健康計畫的申訴程序。利用本申訴程序不會禁止您獲得可能可以擁有的任何潛在法律權利或救濟。如果您需要協助處理涉及緊急情況的申訴、您的健康計畫未以令您滿意的方式解決的申訴，或超過 30 天仍未解決的申訴等，您可以致電本部門尋求協助。您可能符合獨立醫療審核 (IMR) 的資格。如果您符合 IMR 的資格，IMR 程序將就健康計畫所做出的，與建議服務或治療的醫療必要性、具有實驗或研究性質的治療給付決定，以及緊急或急症醫療服務費用爭議相關的醫療決定提供公正的審核。本部門也為聽障及語障人士提供免費電話號碼 1-888-466-2219 以及 TDD 專線 1-877-688-9891。本部門的互聯網網站 <https://www.dmhc.ca.gov> 提供申訴表單、IMR 申請表，以及線上指示。

免費向 IEHP 會員提供以上服務。