

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



Nếu quý vị có thắc mắc, Gọi
 1-800-440-4347 hoặc TTY
 1-800-718-4347

MẪU ĐƠN KHIẾU NẠI CỦA HỘI VIÊN (MEDI-CAL)

Vui lòng hoàn thành mẫu đơn sau và gửi lại cho Phòng Giải quyết Khiếu nại IEHP theo địa chỉ ở phía trên.

THÔNG TIN HỘI VIÊN

TÊN	M.I. (Chữ cái đầu Tên đệm)	HỌ	
ĐỊA CHỈ CỦA HỘI VIÊN:			SỐ ID HỘI VIÊN IEHP
			SỐ ĐIỆN THOẠI

NGƯỜI LÀM ĐƠN KHIẾU NẠI (Quý vị có quyền chỉ định một người nào đó nộp đơn khiếu nại của quý vị hoặc đại diện cho quý vị trong quá trình khiếu nại. Ngoài ra, đơn khiếu nại cũng có thể được phụ huynh, người giám hộ, người bảo hộ, người thân hoặc người được chỉ định khác nộp nếu Hội viên là trẻ vị thành niên hoặc người lớn không có năng lực pháp lý)

HỌ _____

MỐI QUAN HỆ BẢN THÂN NGƯỜI LÀM ĐƠN MẸ CHA ÔNG BÀ NGƯỜI GIÁM HỘ KHÁC _____

BẢN CHẤT CỦA ĐƠN KHIẾU NẠI

VỤ VIỆC DIỄN RA Ở ĐÂU? (GHI TÊN BỆNH VIỆN BÁC SĨ HOẶC ĐỊA ĐIỂM KHÁC)

VIỆC NÀY ĐÃ XẢY RA KHI NÀO? (GHI GẮN ĐÚNG NGÀY NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CHẮC CHẮN)

NHỮNG NGƯỜI CÓ LIÊN QUAN ĐẾN VỤ VIỆC LÀ AI?

VUI LÒNG MÔ TẢ NHỮNG GÌ ĐÃ XẢY RA. (DÙNG THÊM CÁC TRANG GIẤY KHÁC NẾU CẦN)

Với tư cách là Hội viên IEHP, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại chống lại IEHP hoặc nhà cung cấp của họ mà không phải lo sợ hành động tiêu cực của IEHP, Bác sĩ của quý vị hoặc bất kỳ nhà cung cấp nào khác. Quý vị cũng có quyền làm đơn phàn nàn/khiếu nại tới Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý, nơi điều hành các chương trình bảo hiểm y tế. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi số 1-800-440-4347 hoặc 1-800-718-4347 (TTY).

CHỮ KÝ CỦA HỘI VIÊN

NGÀY

CHỮ KÝ CỦA PHỤ HUYNH HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ HỢP PHÁP

NGÀY

(NẾU HỘI VIÊN LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN HOẶC NGƯỜI KHÔNG CÓ NĂNG LỰC PHÁP LÝ)

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe có Quản lý:

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California (California Department of Managed Health Care) chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ y tế. Nếu quý vị có khiếu nại về chương trình bảo hiểm y tế của mình, trước hết quý vị nên gọi cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị theo số 1-800-440-4347 và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm y tế trước khi liên hệ với sở. Khi sử dụng quy trình khiếu nại này, quý vị sẽ không mất đi bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp xử lý nào có thể được áp dụng cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp về khiếu nại liên quan đến một trường hợp cấp cứu, khiếu nại vẫn chưa được chương trình bảo hiểm y tế của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc khiếu nại vẫn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi điện cho sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện được Xét Duyệt Y Khoa Độc Lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện được tiến hành IMR, thủ tục xét duyệt IMR sẽ cung cấp một bản đánh giá công bằng về các quyết định y tế đã được chương trình bảo hiểm y tế đưa ra liên quan đến sự cần thiết về mặt y khoa của dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề xuất, các quyết định bảo hiểm đối với các biện pháp điều trị mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu cũng như những tranh chấp về thanh toán đối với các dịch vụ 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 ngôn. Trang web trên mạng internet của Sở <https://www.dmhca.gov> có các mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR, và các hướng dẫn trực tuyến.

Các dịch vụ trên đây đều được cung cấp miễn phí cho Hội Viên IEHP.