

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 本人 母親 父親 祖父母或外祖父母 監護人 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：

加州醫療保健計畫管理局負責管理健康照護服務計畫。如果您想針對您的健保計畫提出申訴，您應先致電 **1-800-440-4347** 或 TTY 使用者專線 **1-800-718-4347** 與您的健保計畫聯絡，並使用您健保計畫的申訴程序，而後再與管理局聯絡。使用此申訴程序並不會妨礙您使用任何潛在法定權利或您也許能使用的救濟措施。如果您需要協助處理涉及緊急狀況的申訴、您的健保計畫解決方式無法讓您滿意的申訴，或超過 30 天仍未獲得解決的申訴，您可致電聯絡管理局尋求協助。您可能也符合獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 的資格。如果您符合獨立醫療審查 (IMR) 資格，獨立醫療審查 (IMR) 流程會對下列情況進行公正的審查：健保計畫對建議服務或治療的醫療必要性做成的醫療決定、對實驗性質或研究性質治療做成的承保決定，以及對急診或緊急醫療服務的付款爭議。管理局也有免付費電話 (**1-888-466-2219**) 和聽語障人士使用的 TDD 專線電話 (**1-877-688-9891**)。管理局網站 <http://www.dmhc.ca.gov>。

您可免費取得本資訊的其他語言版本。您可以取得本資訊的其他形式，例如大字體、盲人點字或語音版本。請致電 1-800-440-IEHP (4347)，服務時間為週一至週五，上午 8 時至下午 5 時 (太平洋標準時間 (PST))，TTY/TDD 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。

免費向 IEHP 會員提供以上服務。