

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



Nếu có câu hỏi, gọi số
1-800-440-4347
TTY: 1-800-718-4347

**MẪU ĐƠN KHIẾU NẠI DÀNH CHO HỘI VIÊN
(MEDI-CAL)**

Vui lòng điền vào mẫu đơn sau và gửi lại cho Phòng Ban Khiếu nại của IEHP theo địa chỉ trên.

THÔNG TIN HỘI VIÊN

| | | | |
|-------------------|---------|----|--------------------------|
| TÊN | TÊN ĐỆM | HỌ | |
| ĐỊA CHỈ HỘI VIÊN: | | | SỐ THẺ IEHP CỦA HỘI VIÊN |
| | | | SỐ ĐIỆN THOẠI |

NGƯỜI KHIẾU NẠI (Quý vị có quyền chỉ định một người gửi đơn khiếu nại hoặc đại diện cho quý vị trong quá trình khiếu nại. Ngoài ra, cha mẹ, người giám hộ, người bảo hộ, người thân hoặc người được chỉ định khác có thể gửi đơn khiếu nại nếu hội viên là trẻ vị thành niên hoặc người lớn bị mất khả năng.)

| |
|---|
| TÊN _____ |
| MỐI QUAN HỆ <input type="checkbox"/> BẢN THÂN <input type="checkbox"/> MẸ <input type="checkbox"/> CHA <input type="checkbox"/> ÔNG/BÀ <input type="checkbox"/> NGƯỜI GIÁM HỘ <input type="checkbox"/> KHÁC _____ |

BẢN CHẤT CỦA KHIẾU NẠI

| |
|---|
| SỰ VIỆC ĐÓ ĐÃ XẢY RA Ở ĐÂU? (TÊN BỆNH VIỆN, BÁC SĨ, HOẶC ĐỊA ĐIỂM KHÁC) |
| SỰ VIỆC ĐÓ ĐÃ XẢY RA KHI NÀO? (NẾU KHÔNG CHẮC CHẮN, HÃY CUNG CẤP (CÁC) NGÀY GẦN ĐÚNG) |
| AI LÀ NGƯỜI CÓ LIÊN QUAN? |
| VUI LÒNG MÔ TẢ SỰ VIỆC GÌ ĐÃ XẢY RA. (ĐÍNH KÈM CÁC TRANG BỔ SUNG, NẾU CẦN THIẾT) |
| |
| |
| |

Với tư cách là hội viên IEHP, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại IEHP hoặc Nhà cung cấp dịch vụ của họ bao gồm nhưng không giới hạn chăm sóc sức khỏe người chuyển giới, mà không phải lo sợ hành động tiêu cực của IEHP, bác sĩ của quý vị hoặc bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào khác. Quý vị cũng có quyền khiếu nại/than phiền đến Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý, sở quản lý các chương trình bảo hiểm y tế. Nếu quý vị cảm thấy mình đã bị chương trình hoặc một trong các nhà cung cấp ký hợp đồng với chương trình từ chối, điều chỉnh hoặc trì hoãn một cách không chính đáng, quý vị có quyền yêu cầu Duyệt xét Y khoa Độc lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi số 1-800-440-IEHP (4347) hoặc 1-800-718-4347 đối với TTY.

CHỮ KÝ CỦA HỘI VIÊN

NGÀY

CHỮ KÝ CỦA PHỤ HUYNH HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ HỢP PHÁP
(NẾU HỘI VIÊN LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN HOẶC KHÔNG ĐỦ NĂNG LỰC)

NGÀY

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (Department of Managed Health Care):

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California có trách nhiệm điều hành các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại về chương trình sức khỏe của mình, trước tiên quý vị nên gọi điện thoại cho chương trình sức khỏe của mình theo số **1-800-440-IEHP (4347)** (TTY: **1-800-718-4347** hoặc **711**) và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình sức khỏe của quý vị trước khi liên hệ với Sở. Việc sử dụng quy trình khiếu nại này không ngăn cấm bất kỳ quyền pháp lý hay biện pháp đền bù tiềm năng nào có thể sẵn có cho quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ về khiếu nại liên quan đến một trường hợp cấp cứu, khiếu nại chưa được chương trình 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 giúp đỡ. 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 IMR, quy trình IMR sẽ đánh giá khách quan về các quyết định y tế do chương trình sức khỏe đưa ra liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế đối với dịch vụ hoặc điều trị được đề xuất, các quyết định đòi hỏi cho phương pháp điều trị mang tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp thanh toán các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc 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 thị. Trang mạng của Sở là **www.dmhc.ca.gov** có các mẫu đơn khiếu nại, đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Các dịch vụ trên được cung cấp miễn phí cho hội viên IEHP.