

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



如有問題，請致電  
1-800-440-4347  
TTY: 1-800-718-4347

請填寫此表格，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 <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、醫生姓名, 其他地點名稱)
事件發生時間? (如果不確定, 請提供大約的日期 (或期間))
相關人員?
請說明事發經過。(必要時請加頁說明)

身為 IEHP 會員，您有權對 IEHP 或其醫療服務提供者提出投訴，包括但不限於跨性別醫療保健，不用擔心 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劃的醫療保健計劃管理局(Department of Managed Health Care) 提出投訴 / 申訴。如果您覺得您遭到計劃或其簽約醫療服務提供者不當拒絕、修改或延遲，您有權要求進行獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR)。如果您有任何疑問，請撥 1-800-440-IEHP (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 \_\_\_\_\_

## **醫療保健計劃管理局 (Department of Managed Health Care):**

加州醫療保健計劃管理局(The California Department of Managed Health Care)負責管理醫療保健服務計劃。如果您想對健保計劃提出申訴，首先應致電 **1-800-440-IEHP (4347)** 與您的健保計劃聯絡 (TTY 使用者專線: **1-800-718-4347** 或 **711**)，並使用您健保計劃的申訴流程，而後才與管理局聯絡。使用此申訴程序將不會使您喪失任何潛在法定權利或您可能可使用的救濟措施。如果您需要協助處理涉及緊急狀況的申訴、您的健保計劃未針對您的申訴提出令您滿意的解決方案，或者申訴超過 30 天仍未獲得解決，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 IMR 的資格，IMR 流程將會針對健保計劃對下列事宜所作的醫療決定進行公正的審查：建議之服務或治療的醫療必要性、實驗性或研究性治療的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的支付爭議。管理局也有免付費電話 (**1-888-466-2219**) 以及供聽障和語障人士使用的 TDD 使用者專線 (**1-877-688-9891**)。管理局網站 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) 有投訴表、IMR 申請表和網上說明。

以上服務免費向 IEHP 會員提供。