

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 có trách nhiệm điều hành các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị muốn khiếu nại chương trình bảo hiểm sức khỏe, trước tiên, quý vị cần gọi điện cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị theo số **1-800-440-4347** hoặc **1-800-718-4347 TTY** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe trước khi liên hệ với Sở này. Sử dụng quy trình khiếu nại này không ngăn cấm bất kỳ quyền pháp lý hoặc các biện pháp khắc phục nào có thể sẵn có với 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 bảo hiểm y tế 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 bảo hiểm y tế 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 trong trường hợp cấp cứu hoặc các 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 những người khiếm ngôn và khiếm thính. Trang web của Sở <http://www.dmhc.ca.gov>.

Quý vị có thể nhận được thông tin này miễn phí ở các ngôn ngữ khác. Quý vị có thể yêu cầu đơn này ở các định dạng khác, ví dụ như in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc audio (tài liệu âm thanh). Gọi số 1-800-440-IEHP (4347), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều (Múi giờ PST), người dùng TTY/TDD xin vui lòng gọi số 1-800-718-4347. Cuộc gọi hoàn toàn miễn phí.

Các dịch vụ phía trên có sẵn cho Hội viên của IEHP hoàn toàn miễn phí.