

會員申訴表

Alameda Alliance for Health (Alliance) 十分重視您的滿意度！若您在獲得 Alliance 服務的過程中遇到問題，您有權提出投訴。這也可稱為提出冤情申訴。

說明

1. 請工整清楚地填寫，或在下列所有字段中鍵入。如有需要，可另附紙張。
2. 請透過郵寄方式或到現場提交填妥的表格：
 - a. 郵寄：Alameda Alliance for Health, Attn: Member Services, PO Box 2818, Alameda, CA 94501-0818
 - b. 現場：1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502
(大廳開放時間：週二、週三和週四上午 9 點至 11 點，下午 2 點至 4 點)

如果您有任何疑問或在填寫本表方面需要幫助，請聯絡：

Alliance 會員服務處，辦公時間：週一至週五，上午 8 點至下午 5 點
電話號碼：1.510.747.4567 · 免費電話：1.877.932.2738
聽障及語障人士專線 (CRS/TTY)：711/1.800.735.2929
www.alamedaalliance.org

第 1 部分：會員資訊

姓氏：_____ 名字：_____

出生日期（月/日/年）：_____ Alliance 會員 ID 編號：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話號碼：_____ 住家電話 手機

若是其他人填寫本表：

提出冤情申訴之人的姓名：_____ 電話號碼：_____

事發地點：_____ 事發日期：_____

請描述您遇到的問題：

您是如何嘗試解決這個問題的？

您認為怎樣能很好地解決您的問題？

第 2 部分：簽名

全名（工整填寫）：_____

簽名：_____ 日期：_____

加州統一管理醫療保健部負責管控醫療保健服務計畫。如果您要對您的健康保險計畫提出冤情申訴，應首先打電話聯絡您的健康保險計畫，電話號碼是 **1-510-747-4567**，並使用您所屬計畫的冤情申訴程序，然後再聯絡該部門。使用這一申訴程序並不會剝奪您可能擁有的任何法定權利或者您可能資格獲得的任何補償。若您需要幫助以解決涉及緊急情況的冤情申訴、您的健康保險計畫尚未妥善解決的冤情申訴或者在超過 30 天後仍未得到解決的冤情申訴，您可以打電話請該部門給予幫助。您可能資格申請進行獨立醫療審核 (Independent Medical Review, IMR)。如果您有資格申請進行 IMR，則 IMR 程序將對由健康保險計畫所做的、與提出的服務或治療的醫療必要性相關的醫療決定、實驗性或研究性治療的賠付決定以及緊急或急症醫療服務的賠付糾紛進行公正審核。該部門還設有免費專線 (**1-888-466-2219**)，以及為聽障和語障人士設置的 TDD 專線 (**1-877-688-9891**)。該部門的網站 (www.dmhc.ca.gov) 上有投訴表、IMR 申請表以及線上說明。