Mẫu Đơn Phàn Nàn Dành Cho Hội Viên

Tại Alameda Alliance for Health (Alliance), sự hài lòng của quý vị rất quan trọng với chúng tôi! Nếu quý vị có vấn đề với Alliance, quý vị có quyền khiếu nại. Việc này cũng được gọi là nộp đơn phàn nàn.

HƯỚNG DẪN

1. Vui lòng in rõ ràng hoặc đánh máy vào tất cả các trường bên dưới. Quý vị có thể đính kèm thêm trang nếu cần.
2. Vui lòng gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ qua đường bưu điện hoặc trực tiếp mang tới:
   a. Qua thư: Alameda Alliance for Health, Attn: Member Services, PO Box 2818, Alameda, CA 94501-0818
   b. Đưa trực tiếp: 1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502
   (Giờ làm việc tại sảnh: Thứ Ba, Thứ Tư và Thứ Năm, 9 giờ – 11 giờ sáng và 2 giờ – 4 giờ chiều)

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp về biểu mẫu này, vui lòng liên hệ:

Ban Dịch Vụ Hội Viên Alliance, Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 5 giờ chiều
Số điện thoại: **1.510.747.4567 hoặc số điện thoại miễn cước: 1.877.932.2738**
Người khiếm thính và khiếm ngôn (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**
www.alamedaalliance.org

PHẦN 1: THÔNG TIN HỘI VIÊN

Họ: _____ Tên: _____

Ngày Sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM): _____ Số ID Hội Viên Alliance: _____

Địa chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

Số Điện Thoại: _____ ☐ Nhà ☐ Di động

Nếu một người khác điền vào biểu mẫu này:

Tên Người Nộp Phàn Nàn: _____ Số Điện Thoại: _____

Nơi Xảy Ra Sự Việc: _____ Ngày Xảy Ra Sự Việc: _____

Vui lòng mô tả vấn đề của quý vị:

_____

Quý vị đã cố gắng giải quyết vấn đề này như thế nào?

_____

Quý vị nghĩ rằng vấn đề của quý vị nên được giải quyết như thế nào?

_____

MỤC 2: CHỮ KÝ

Họ Tên (Viết Hoa): _____

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Cơ Quan Quản Lý Bảo Hiểm Y Tế California chịu trách nhiệm quy định các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại đối với chương trình sức khỏe của mình, trước tiên quý vị nên gọi điện đến chương trình sức khỏe của mình theo số **1-510-747-4567** và sử dụng quy trình phàn nàn của chương trình sức khỏe của quý vị trước khi liên hệ với Cơ Quan Quản Lý. Việc sử dụng thủ tục phàn nàn này không ngăn cản bất cứ quyền hay biện pháp khắc phục theo pháp luật nào có thể có dành cho quý vị. Nếu cần được giúp đỡ xử lý phàn nàn liên quan đến trường hợp khẩn cấp, phàn nàn không được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc phàn nàn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi cho Cơ Quan Quản Lý để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện được Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện được IMR, quy trình IMR sẽ duyệt xét công bằng các quyết định y tế do chương trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra liên quan đến tính cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề xuất, quyết định bảo hiểm cho việc điều trị mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu và những tranh chấp về thanh toán đối với các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có một số điện thoại miễn phí **(1-888-466-2219)** và một số TDD **(1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trên trang web **www.dmhc.ca.gov** của cơ quan có các mẫu đơn phàn nàn, mẫu đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.