

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

- 請以正楷字體清晰書寫，或在下方所有欄位中輸入。如有需要，可另附紙張。
- 請透過郵寄方式或到現場提交填妥的表格：
 - 郵件：Alameda Alliance For Health、收件人：Member Services（計畫成員服務處），PO Box 2818, Alameda, CA 94501-0818
 - 現場：1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502
（大廳開放時間：週二、週三和週四上午 9:00 至 11:00，下午 2:00 至 4:00）

如果您有任何疑問或在填寫本表方面需要幫助，請聯絡：

Alliance 計畫成員服務處週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00

電話號碼：**1.510.747.4567** · 免費電話：**1.877.932.2738**

如果您的聽力或語言表達有困難，請致電加州中繼轉接電話服務/聽障及語障電話 (California Relay Service/Teletypewriter, 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：_____

請說明您遇到的問題：_____

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有的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。您可能有的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**)。部門的網站 (**www.dmhc.ca.gov**) 上有投訴表、獨立醫療審查申請表以及線上說明。

如果您認為 Alliance 未能提供跨性別平等的醫療保健服務，您也有權提交冤情申訴。「跨性別平等的醫療保健服務」是指依據跨性別、多元性別和雙性人 (Transgender, Gender diverse or Intersex, TGI) 之照護標準所提供的全方位醫療服務，尊重個人的身體自主、不對性別作出假設、接受性別流動與非傳統性別表現，並以同理心、理解和尊重對待每一個人。