

會員投訴表*

會員姓名		Alliance(聯會) 會員卡號碼	
地址	街道	城市	郵遞區號
日間電話號碼	其他電話號碼	出生日期	
投訴表填寫人姓名(如果與以上姓名不同)		電話號碼	
問題發生地點		問題發生日期	

請說明您遇到的問題。

(如有必要，請附加紙頁)

您已經採取何種措施解決這一問題?

您認為應當如何解決您的問題?

簽名

日期

「California Department of Managed Health Care(加州管理健康護理部) 負責監管健康護理服務計劃。如果您希望對您的健康計劃提出投訴，您應當在與本部門聯絡之前首先打電話給您的健康計劃(電話號碼 510-747-4567) ，使用您的健康計劃的投訴程序。使用該投訴程序不會使您喪失您可能有權享受的任何法律權利或補救方法。如果您需要就涉及急診、您的健康計劃未能以令人滿意的方法解決的投訴或超過 30 天未解決的投訴獲得幫助，您可以打電話給本部門請求協助。您可能還有資格要求進行 Independent Medical Review(獨立醫療審查/簡稱 IMR) 。如果您有資格接受 IMR ，IMR 程序將對健康計劃作出的有關建議提供的服務或治療的醫療必要性、實驗性或

*如果您在填寫本表時需要獲得幫助，請電 510-747-4567。

研究性治療的保賠決定以及急診或緊急醫療服務的付款爭議的醫療決定作出公平的審查。本部門還設有一個免費電話號碼(1-888-HMO-2219) 以及一個聽力及語言障礙者專線號碼(TDD) (1-877-688-9891) 。本部門的網站(<http://www.hmohelp.ca.gov>) 上載有申訴表、IMR 申請表及線上說明。」