

會員投訴/ 申訴表



加州

健康照護服務計畫是由加州醫療保健管理局 (California Department of Managed Health Care) 負責管理。如果您要對您的健康計畫提起申訴，應先致電您的健康計畫，電話：**1 (800) 877-7195**，並遵循健康計畫的流程提出申訴，然後再聯絡本部門。利用此申訴流程不會導致您喪失任何可能享有的法律權利或補償。如果您需要協助的申訴事宜涉及緊急情況、無法由您的健康計畫以令您滿意的方式進行解決，或者超過 30 天未獲解決，則您可以致電本部門以尋求協助。您也許還有資格申請獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR)。如果您符合 IMR 資格，則 IMR 程序將會公正審查健康計畫所做出的與擬議服務或治療的醫療必要性相關的醫療決定、對於具備實驗或研究性質之治療的給付決定，以及緊急或急救醫療服務的付款爭議。本部門亦設有免付費電話專線 **(1-888-466-2219)** 及聽力和語言障礙人士適用的 TDD 專線 **(1-877-688-9891)**。如需獲取投訴表、IMR 申請表和線上說明，您可以造訪本部門網站：www.dmhc.ca.gov。

如果您是 Medi-Cal 患者：收到投訴的命令或訴訟後，您可以於 90 天內致電 **1 (800) 952-5253** 聯絡社會服務部 (Department of Social Services, DSS)，申請舉行紐約市遊民服務局 (Department of Homeless Services, DHS) 公平聽證會。公平聽證會是一種行政程序，您可以通過此聽證會直接向加州政府提出您的疑慮。如果您決定申請舉行公平聽證會，您可以在聽證會上代表自己，或者由他人作為代表，例如律師、朋友、辯護人、親屬或您選擇的任何人。DSS 可以幫助您免費安排法律援助律師，以協助您進行公平聽證會。

會員投訴/ 申訴表



加州

如您有不滿之處，我們也難以安心。歡迎您提出寶貴的建議，我們將據此做出改正。如欲致電或填寫我們的申訴表 (GRIEVANCE FORM)，請致電 **1 (800) 877-7195** 或造訪我們的網站 **www.vsp.com**。

您的資訊

主會員名字/姓氏 _____ 出生日期 _____
電話號碼 _____ 電子郵件地址 _____
地址 _____ 城市 _____
州 _____ 郵遞區號 _____
客戶姓名、雇主或健康維護組織 (Health Maintenance Organization, HMO) _____
患者名字/姓氏 _____
與患者的關係： 本人 配偶 子女 其他 _____
您是否為該患者的授權代表？ 是 否

醫生詳情 此申訴與就診無關。

醫生姓名 _____ 服務日期 _____ 醫生電話號碼 _____

您有什麼想法？ _____

我們可以如何幫助您？ _____

您的申訴是否與違反隱私或健康資訊安全 (HIPAA) 有關？ 是 否

請將此表發送至 **VSP™, Attn : Complaint & Grievance Unit, PO Box 997100, Sacramento, CA 95899-7100**。
我們收到此表後，您會在五個日曆日內收到確認函，並在 30 個日曆日內收到決議函。