

**ĐƠN KHIẾU NẠI/THAN PHIỀN CỦA HỘI VIÊN**

Ngày: \_\_\_\_\_

**Xin vui lòng viết in tất cả thông tin.**

**Thông tin về người nộp đơn than phiền:**

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( )  
Tên Số điện thoại nơi làm việc Số điện thoại nhà riêng

\_\_\_\_\_ Địa chỉ Thành phố Tiểu bang Mã zip

**Tên của (những) người liên quan đến người nộp đơn than phiền:**

\_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_  
Tên Số ID

\_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_  
Tên Số ID

\_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_  
Tên Số ID

**Tính chất của than phiền:** [Chọn tất cả các tùy chọn áp dụng]

- Tiếp thị       Khó hủy ghi danh       Lập hóa đơn cho hội viên  
 Chất lượng       Vận chuyển       Khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc  
 Chăm sóc khẩn cấp       Thái độ của nhân viên       Ủy quyền

Khác: \_\_\_\_\_

**Trình bày vấn đề:** Ngày xảy ra: \_\_\_\_\_ Địa Điểm: \_\_\_\_\_

Tên nhà cung cấp \_\_\_\_\_

Mô tả chi tiết vấn đề/than phiền:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sử dụng mặt sau của mẫu này nếu cần thêm khoảng trống.

\_\_\_\_\_

Chữ ký của hội viên (hoặc chữ ký của phụ huynh trong trường hợp hội viên là trẻ em hoặc mất năng lực)

\_\_\_\_\_

Ngày

**TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ**

**HỘI VIÊN:** Vui lòng cung cấp tên và số điện thoại của bất kỳ nhà cung cấp nào có thể đã điều trị bệnh cho quý vị mà là đối tượng của khiếu nại này.

**Tất cả các Hồ sơ y khoa được thu thập sẽ được giữ bảo mật nghiêm ngặt và chỉ được sử dụng để xem lại đơn khiếu nại của quý vị.**

THEO ĐÂY TÔI CHO PHÉP VÀ YÊU CẦU (CÁC) NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE ĐƯỢC LIỆT KÊ TRÊN ĐÂY TIẾT LỘ BẤT KỲ VÀ TẤT CẢ CÁC HỒ SƠ Y KHOA CHO HEALTH NET ĐỂ HỖ TRỢ SỰ CẦN THIẾT VỀ MẬT Y TẾ CHO ĐỐI TƯỢNG TRONG ĐƠN KHIẾU NẠI NÀY:

**CHỮ KÝ:** \_\_\_\_\_

(Nếu do người khác không phải Hội viên ký)

**NGÀY:** \_\_\_\_\_

**MỐI QUAN HỆ:** \_\_\_\_\_

(MẸ, CHA, NGƯỜI GIÁM  
HỘ)

Nếu quý vị có thêm bất kỳ thắc mắc hoặc cần thêm trợ giúp nào về vấn đề này, vui lòng liên lạc Ban Phục vụ Hội viên theo số miễn phí (800) 977-7307 (TTY: 711). Khi hoàn thành, xin vui lòng gửi mẫu này đến: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Số fax: (877) 831-6019.

Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe California chịu trách nhiệm về quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, trước tiên quý vị cần gọi điện thoại đến chương trình bảo hiểm sức khỏe theo số **1-800-977-7307** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi liên lạc với sở. Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này không cấm bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp sửa chữa tiềm năng nào có thể có sẵn cho quý vị. Nếu quý vị cần hỗ trợ về khiếu nại liên quan đến trường hợp cấp cứu, khiếu nại không được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc khiếu nại đã quá 30 ngày mà vẫn chưa được giải quyết, quý vị có thể gọi cho sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện được Duyệt xét y khoa độc lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn cho Duyệt xét y khoa độc lập (IMR), quy trình Duyệt xét y khoa độc lập (IMR) sẽ cung cấp đánh giá khách quan về các quyết định y tế được chương trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, quyết định về bảo hiểm đối với các phương pháp điều trị có tính chất thí nghiệm hoặc mang tính nghiên cứu và các tranh chấp về thanh toán cho trường hợp cấp cứu hoặc dịch vụ y tế khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và đường dây TDD (**1-877-688-9891**) dành cho người khiếm thính và khiếm thanh. Trang web trên internet của sở [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) có mẫu than phiền, mẫu đơn Duyệt xét y khoa độc lập (IMR) và hướng dẫn trực tuyến.