

投訴與冤情申訴書

尊敬的計畫成員：

下面的投訴與申訴書，以登記您遇到的任何令您不滿意的狀況。如果您在填寫此表格時需要幫助，請致電本處，電話號碼是 **1-800-344-4222**。

您將於本處接獲投訴書後**5**天之內收到一封「投訴書確認收訖」公函，並於我們作出決定後**5**天之內（但不會遲於投訴書收訖後**30**天）接獲一封「投訴解決聲明」公函。「投訴書確認收訖」公函用於確認本處已接獲您的投訴書。您可能以信件或電子郵件的方式收到我們的回覆。

對於先前提出的投訴，您也可使用此表格對其決議進行申訴。根據法律規定，所有的投訴須在收到投訴的三十（**30**）天之內解決。對於涉及危急與嚴重威脅會員健康，包括但不與限於嚴重疼痛、潛在的人身傷亡、肢體缺損、機體功能喪失等情況，可申請加快審查投訴。若您有任何關於投訴流程、加快審查的資格或您的具體投訴案例的疑問，請致電 **800-344-4222**。

請注意我們可能通過電話聯絡您討論投訴的具體細節，以確保您能得到滿意的決議。請確保我們可透過您在下文提供的電話號碼聯絡到您，以便在必要時進一步討論。

計畫成員姓名 *：_____

僱主姓名或名稱 *：_____

計畫成員之地址 *：_____

計畫成員的工作電話號碼 *：_____

計畫成員的手機號碼： _____

您的冤情申訴、投訴或上訴內容：

* _____

相關CONCERN之名字或名稱：EAP服務提供 機構名稱、工作人員姓名或者服務 (若知道則請填寫)：_____

I hereby attest that the above information is true:

Signature: _____

Print Name: _____ Date: _____

Please mail to: Attn: Quality Assurance Manager; CONCERN: EAP; 1503 Grant Road, Suite 120; Mountain View, CA 94040

加利福尼亞州的計畫成員請注意：

請仔細閱讀以下資訊。

加利福尼亞州統一管理醫療保健部門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 **1-800-344-4222**；並在聯絡統一管理醫療保健部門之前履行該計畫的冤情申訴程序。

履行這一冤情申訴程序並不會剝奪您可能擁有的法定權利或者您可能有的資格獲得的補償。

若您需要幫助以解決涉及緊急情況的冤情申訴、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，您可以聯絡該部門請求幫助。

您還可能有資格申請一次獨立醫療覆審(IMR)。

如果您符合申請IMR的條件，IMR程序將提供一次公平覆審，以審查某個健康保險計畫所作的醫療決定，其

中包括擬議的服務或治療之醫療必要性、就試驗或調查性質的治療所作的保險計畫承保決定，以及就緊急

醫療或急症治療服務費用支付問題而產生的爭議。統一管理醫療保健部門還設有免費電話號碼 **(1-888-HMO-2219)**；並設有TDD專線 **(1-877-688-9891)**，供聽障和語障人士使用。

該部門的網站上載有投訴表格、IMR申請表格以及網上方法說明，網址是 www.hmohelp.ca.gov