Health Plan of San Joaquin | Mountain Valley Health Plan

Mẫu Đơn Than Phiền Dành Cho Hội Viên

Department of Managed Health Care (Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý) California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu có than phiền về chương trình bảo hiểm sức khỏe, trước tiên quý vị nên gọi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình theo số **1-888-936-7526 (TTY 711)** và sử dụng quy trình than phiền của chương trình bảo hiểm sức khỏe trước khi liên hệ với sở. Việc sử dụng thủ tục than phiền này không làm mất đi bất kỳ quyền hoặc biện pháp khắc phục theo pháp luật nào mà quý vị có thể được hưởng. Nếu quý vị cần được hỗ trợ giải quyết than phiền liên quan đến trường hợp cấp cứu, than phiền chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc than phiền kéo dài quá 30 ngày mà chưa được giải quyết, quý vị có thể gọi điện đến sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện yêu cầu IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp đánh giá khách quan về các quyết định y tế do 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, các quyết định về việc chi trả bảo hiểm cho phương pháp điều trị có tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh cãi về việc thanh toán liên quan đến dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn cước **(1-888-466-2219)** và đường dây hỗ trợ Thiết Bị Viễn Thông Dành Cho Người Khiếm Thính (TDD) **(1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web của sở **www.dmhc.ca.gov** có mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Theo điều 1367.043 Bộ Luật Y Tế và An Toàn cũng như hướng dẫn từ Department of Managed Health Care (Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý) và Department of Health Care Services (Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe), Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe đã cập nhật mẫu đơn than phiền nhằm phản ánh tốt hơn các quyền của quý vị. Quý vị có quyền nộp đơn than phiền nếu quý vị cảm thấy nhân viên hoặc nhà cung cấp của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe không đối xử với quý vị theo cách khẳng định bản dạng giới của quý vị hoặc nếu quý vị bị từ chối dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế, dịch vụ chăm sóc khẳng định giới tính hoặc dịch vụ chăm sóc hòa nhập cho người chuyển giới. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc tôn trọng, mang tính hòa nhập và công bằng cho tất cả hội viên. Ý kiến của quý vị rất quan trọng và chúng tôi khuyến khích quý vị chia sẻ các mối lo ngại của mình để chúng tôi có thể tiếp tục cải thiện dịch vụ chăm sóc cũng như các dịch vụ chúng tôi cung cấp.

Health Plan of San Joaquin | Mountain Valley Health Plan

Mẫu Đơn Than Phiền Dành Cho Hội Viên

Tên Hội Viên _____ _____ _____
Họ | Tên | Tên Đệm Viết Tắt

Địa Chỉ Hội Viên _____ Số Điện Thoại _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Zip _____

ID Hội Viên _____ Ngày Sinh _____ Giới Tính ___

Tên Bác Sĩ Chăm Sóc Chính _____

Phàn Nàn

Vấn đề đã xảy ra ở đâu? (Tên bệnh viện, phòng khám của bác sĩ hoặc địa điểm khác)

Vấn đề đã xảy ra khi nào? (Ghi cả ngày tháng)

Những ai có liên quan đến vấn đề?

Vui lòng mô tả việc đã xảy ra: (Đính kèm thêm trang nếu cần)

Quý vị đã cố gắng giải quyết vấn đề này chưa? ☐ Có ☐ Không
Nếu quý vị trả lời "Có", vui lòng giải thích:

Quý vị muốn chúng tôi làm gì để giải quyết vấn đề này?

Health Plan of San Joaquin | Mountain Valley Health Plan

Mẫu Đơn Than Phiền Dành Cho Hội Viên

Quý vị có cần hỗ trợ ngôn ngữ không? ☐ Có ☐ Không

Ngôn ngữ: _____

Quý vị có bị hạn chế về thể chất hoặc hạn chế khác khiến quý vị không thể tham dự cuộc họp khiếu nại không? ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị trả lời "Có", vui lòng giải thích:

Tôi biết và hiểu rằng Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ("Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe") sẽ giải quyết khiếu nại của tôi trong vòng 30 ngày.

Tôi biết và hiểu rằng tôi hỗ trợ trên cơ sở tự nguyện. Tuy nhiên, việc không hỗ trợ có thể ảnh hưởng đến khiếu nại của tôi.

Tôi biết và hiểu rằng tôi có quyền:

- Hủy ghi danh;
- Liên hệ Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC);
- Nộp đơn yêu cầu Phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang (chỉ dành cho hội viên Medi-Cal).

Chữ Ký _____ Ngày _____

Tôi chấp thuận cho Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe thực hiện những điều sau đây để giải quyết khiếu nại thay mặt tôi:

- Hồ sơ y tế;
- Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- Dữ liệu cần thiết khác để giải quyết khiếu nại của tôi.

Chữ Ký _____ Ngày _____

Có ai hỗ trợ quý vị hoàn thành biểu mẫu này không? ☐ Có ☐ Không
Nếu quý vị trả lời "Có":

Tên _____ Mối Quan Hệ _____

Địa Chỉ_____ Số Điện Thoại _____

Thành Phố _____Tiểu Bang _____ Mã Zip _____

Chữ Ký _____ Ngày _____