

MẪU ĐƠN THAN PHIÊN

THÔNG TIN HỘI VIÊN

Tên hội viên (Họ)	(Tên)	Ngày sinh	Tháng	Ngày Năm:	Ngày có hiệu lực ghi danh	Tháng	Ngày	Năm	
Địa chỉ (Đường)	(Thành phố)	(Tiểu bang)				(Mã Zip)			
Điện thoại (Nhà)	(Cơ quan)				Số hội viên trong gia đình tham gia chương trình, bao gồm than phiền của hội viên:				
Tên người hoàn tất mẫu đơn, nếu khác với tên hội viên					(Điện thoại ban ngày)				

Vấn đề xảy ra ở đâu? (Tên nhà thuốc, bệnh viện hoặc phòng khám)	Ngày xảy ra sự cố	Tháng	Ngày	Năm
---	-------------------	-------	------	-----

Ai liên quan ngoài quý vị? (Cung cấp tên của nhân viên liên quan, nếu có.)

Vui lòng mô tả cụ thể nhất những việc đã xảy ra: (Bao gồm trình tự các sự kiện và vấn đề ảnh hưởng đến quý vị như thế nào.)

Xem tài liệu đính kèm

Sở Quản Lý Y Tế (Department of Managed Health Care - DMHC) Tiểu Bang California có trách nhiệm kiểm soát các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có than phiền gì với Blue Shield Promise, trước hết quý vị nên gọi cho Blue Shield Promise theo số **1-855-699-5557** (gọi số **1-877-735-2929** đối với dịch vụ TDD/TTY dành cho người khiếm thính) và áp dụng thủ tục than phiền của Blue Shield Promise trước khi liên lạc với DMHC. Sử dụng quy trình than phiền này không làm mất đi bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp giải quyết tiềm năng nào mà quý vị có thể có. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để giải quyết một than phiền liên quan tới một trường hợp cấp cứu, một than phiền chưa được Blue Shield Promise giải quyết thỏa đáng hoặc một than phiền đã quá 30 ngày mà vẫn không được giải quyết, quý vị có thể gọi cho DMHC để được giúp đỡ. Quý vị cũng có thể hội đủ tiêu chuẩn để yêu cầu Duyệt xét y tế độc lập (Independent Medical Review - IMR). Nếu quý vị hội đủ tiêu chuẩn để yêu cầu IMR, tiến trình IMR sẽ duyệt xét một cách công bằng các quyết định về y tế của chương trình sức khỏe liên quan tới sự cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề nghị, các quyết định về bao trả cho các biện pháp điều trị mang tính chất nghiên cứu và thử nghiệm và các trường hợp tranh chấp liên quan tới việc chi trả cho các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe 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 mạng Internet của Sở, <http://www.dmhc.ca.gov>, có mẫu đơn than phiền, mẫu đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

HÀNH ĐỘNG YÊU CẦU

Quý vị muốn vấn đề này được giải quyết như thế nào?

Xem tài liệu đính kèm

Nhận mẫu đơn than phiền:	Trực tiếp <input type="checkbox"/>	Chữ ký hội viên (không bắt buộc) TÔI HIỂU RẰNG CHƯƠNG TRÌNH SẼ LIÊN HỆ VỚI TÔI TRONG VÒNG BA MƯƠI (30) NGÀY ĐỂ CUNG CẤP CHO TÔI MỘT BÁO CÁO VỀ ĐIỀU TRA CỦA CHƯƠNG TRÌNH VÀ/HOẶC HÀNH ĐỘNG LIÊN QUAN ĐẾN KHIẾU NẠI CỦA TÔI.	Ngày
Ngày nhận:	Thời gian nhận:		
	Qua điện thoại <input type="checkbox"/>		
	Qua đường bưu điện <input type="checkbox"/>		
	Trực tuyến <input type="checkbox"/>		

MÔ TẢ NHỮNG VIỆC ĐÃ XẢY RA:

HÀNH ĐỘNG YÊU CẦU:

(CHỈ VIÊN CHỨC ĐƯỢC SỬ DỤNG)

KẾT QUẢ/GIẢI QUYẾT:

(Chỉ hoàn tất nếu là Kháng cáo khẩn cấp)

Hội viên được xác nhận bằng lời nói và thông báo về quy trình kháng cáo 72 giờ: Có

Không

Nhận mẫu đơn than phiền:

Ngày nhận: