

訴怨表格

會員資料

會員姓名：	生日： 月 日 年	投保生效： 月 日 年
地址：	城市： 州：	郵遞區號：
電話號碼（住家）：	工作：	包括訴怨者在內，家裏會員人數：
如果不是會員自己填寫，填表人的姓名：		日間聯絡電話號碼：

問題發生在哪裡？（藥房、醫院或診所的名稱）	事件發生的時間： 月 日 年
除了您之外，還有誰涉入此事件？（如有可能，填寫涉入的職員姓名）	

請儘可能詳細說明事件的經過：（包括事件發生的始末以及問題對您造成的影響）

請看附件

加州管理式健保部門（DMHC）是一個負責管理所有醫療保健服務計劃的單位。如果您對第一健保計劃 Blue Shield Promise 有任何申訴，首先請致電第一健保 Blue Shield Promise 電話號碼 **1-800-605-2556**（聽障和語障人士（TTY/TDD）專線為 **1-877-735-2929**），並在與加州管理式健保部門（DMHC）聯絡之前，先向第一健保 Blue Shield Promise 提出申訴。使用此申訴程序不會對任何法律權利，或對您可獲得補償造成任何妨礙。若您在提出申訴時需要緊急協助、如所提出的申訴未能獲得電第一健保 Blue Shield Promise 的圓滿解決，或您的申訴已超過30 天仍未解決，則請致電 DMHC 尋求協助。若您符合獨立醫療審核（IMR）的資格，IMR 程序將以公正無私的態度重審查您的醫療保健計劃對於建議服務或醫療需求之決定、或將實驗或調查性質的醫療措施納入保險涵蓋範圍的決定，以及就有關急診或緊急醫療服務的款項支付糾紛等。加州管理式健保部門（DMHC）亦提供有免費電話號碼 **(1-888-HMO-2219)**，並為聽障及語障人士（TTY/TDD）提供專線 **(1-877-688-9891)**。您也可以到該部門的網站 <http://www.dmhc.ca.gov> 下載申訴表格、IMR 對這

個問題，您希望該如何解決？

請看附件

訴怨收件人：	親自遞表 <input type="checkbox"/>	
	電話申訴 <input type="checkbox"/>	會員簽名（可選擇的） _____ 日期 _____
收件日期： 收件時間：	郵寄 <input type="checkbox"/>	我了解健保計劃會在30天內和我聯絡並給我一份調查報告及/或針對我所抱怨事件採取的行動。
	網上申訴 <input type="checkbox"/>	

說明事件的經過 :

要求採取的行動 :

(OFFICE USE ONLY)

OUTCOME/RESOLUTION:

(Complete only if an Expedited Appeal)

Member was acknowledged verbally and notified on the 72 hours appeal process: Yes No

Grievance Received by:

Date Received: