MOLINA HEALTHCARE

☐ Medi-Cal
☐ Healthy Families

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA
部門間批評/投訴備忘錄

致：會員服務部	日期：（月/日/年） / /	時間： 上午 下午
發件人：（有關服務提供者或工作人員）	地址：	電話號碼： ( )

傳送方式： ☐ 專人投送 ☐ 郵寄 ☐ 傳真

會員資訊

會員姓名：（姓在前）	電話號碼： ( )
會員代表姓名：（姓在前）	電話號碼： ( )
會員地址：（街道號碼、城市、州和郵遞區號）	
MEDI-CAL號碼或社會安全號碼：	病例號碼：
會員或會員代表簽名： 日期： / /	

本批評/投訴的提交方式：
☐ 上門呈送 ☐ 電話 ☐ 信函 ☐ 其他方式

會員批評/投訴的內容

批評/投訴的事實陳述：
（必要時請附另頁）

加州管理保健部（California Department of Managed Health Care）負責監管健康護理服務計劃。如果您對您的健康計劃有意見，在與本部門聯絡之前，您應當首先打電話給該計劃（1-888-665-4621），使用該計劃的投訴程序。使用該投訴程序並不妨礙您行使您可能享有的其他法律權利或救濟方式。如果您投訴的問題涉及緊急傷病，而您的健康計劃沒有能夠以令您滿意的方式作出處理，或者沒有能夠在三十（30）天之內解決問題，您可以給我們打電話，請求協助。您還可能有資格獲得「獨立醫療評估」（IMR）。如果您有資格使用IMR，IMR程序將提供公正的評估，可提交評估的健康計劃決定涉及以下各項：一種服務或治療的醫學必要性、實驗性或研究性治療是否予以保賠以及關於急診或緊急醫療救護保賠的爭議。我們還設有一條免費專線（1-888-HMO-2219），聽力或語言障礙者請撥TTD專線（1-877-688-9891）。本部門的網站上有投訴表格、IMR申請表格和填表說明，網站是：http:www.hmohelp.ca.gov。

日期： 簽名：

曾通知會員與會員服務部聯絡： ☐ 是 ☐ 否