

Phần A: Thông Tin của Hội Viên

Họ	Tên	Viết Tắt Tên Đệm	
Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm)	Ngày Xảy Ra Vụ Việc		
Địa Chỉ Gửi Thư	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip
Số Điện Thoại Buổi Tối	Số Điện Thoại Ban Ngày	Giờ Liên Lạc (Vui lòng nêu rõ thời gian quý vị muốn nhận điện thoại)	
Số Hội Viên			

Phần B: Vui lòng nêu chi tiết lý do quý vị muốn khiếu nại (than phiền):

Phần C: Chữ Ký

Tôi xác nhận rằng các tuyên bố được đưa ra trong khiếu nại này là đúng và chính xác theo thông tin và niềm tin tốt nhất của tôi.

Chữ Ký _____

Ngày _____

Nếu đơn khiếu nại do người đại diện cá nhân thay mặt một cá nhân nộp thì hãy hoàn thành phần sau và đánh dấu vào ô thích hợp.
Tên Viết In Hoa của Người Đại Diện Cá Nhân:

Chữ Ký của Người Đại Diện Cá Nhân _____

Ngày _____

Phụ Huynh của Trẻ Vị Thành Niên Người Giám Hộ Hộ Pháp Người Được Ủy Quyền Lâu Dài Người Thi Hành Di Chúc/Người Bảo Vệ

Khác _____

Vui lòng gửi lại biểu mẫu này đến:

Molina Healthcare of California
Attn: Member Appeals and Grievance
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802 hoặc
Fax (562) 499-0757

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California (California Department of Managed Health Care) chịu trách nhiệm quy định các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại về chương trình sức khỏe của mình, trước tiên quý vị nên gọi điện đến chương trình sức khỏe của quý vị theo số điện thoại **1-888-665-4621**, **người dùng TTY quay số 711** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình sức khỏe của quý vị trước khi liên lạc với Sở. Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này không ngăn cản bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp đền bù tiềm năng nào có thể có sẵn cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp khiếu nại liên quan đến trường hợp khẩn cấp, khiếu nại không được chương trình sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc khiếu nại vẫn chưa được giải quyết trong hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi đến Sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện để được Đánh Giá Y Tế Độc Lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện được IMR, thì quy trình IMR sẽ cung cấp đánh giá khách quan về các quyết định y tế của một chương trình sức khỏe, liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc điều trị được đề xuất, các quyết định bảo hiểm cho những liệu pháp điều trị có tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và tranh chấp về thanh toán cho các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và đường dây **TDD (1-877-688-9891)** dành cho những người có vấn đề về khả năng nghe và nói. Trang web internet của sở www.dmhc.ca.gov có các biểu mẫu khiếu nại, biểu mẫu đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Quý vị có thể đề nghị hỗ trợ từ Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Services, DHCS). DHCS có thể trợ giúp các thành viên Medi-Cal Managed Care về quy trình khiếu nại và kháng nghị. Nếu quý vị muốn liên lạc với DHCS để bày tỏ mối quan ngại, khó khăn hay phàn nàn của quý vị, xin vui lòng gọi Medi-Cal Managed Care Ombudsman theo số điện thoại miễn phí 1-888-452-8609, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY có thể quay số 711.