

申訴（投訴）表格

第一部分：會員資訊

姓氏		名字		首字母縮寫
出生日期（月/日/年）		事件發生日期		
地址		城市	州	郵遞區號
夜間電話號碼	日間電話號碼		聯絡時間（請注明您希望我們在什麼時間聯絡您）	
請選擇一項： ☐ Medi-Cal ☐ Marketplace		會員編號		

第二部分：請簡要說明您投訴的原因：

第三部分：簽名

本人證明，據本人所知及相信，此投訴中的陳述均屬真實和準確。

簽名	日期

如果投訴由當事人的個人代表提交，請填寫以下內容並勾選適當的方框。

正楷填寫個人代表的姓名：

個人代表的簽名	日期

- ☐ 未成年子女之父母
 ☐ 法定監護人
 ☐ 委託代理人
 ☐ 執行者/保護者
- ☐ 其他

請將此表格歸還至：

Molina Healthcare of California
 收件人：Member Appeals and Grievance
 200 Oceangate, Suite 100
 Long Beach, CA 90802 或
 傳真 (562) 499-0757

加州醫療保健管理部門負責管理各種醫療保健服務計劃。如果您就您的醫療保健計劃提出任何申訴，在聯絡該部門之前，請首先致電您的健康計劃，電話號碼為 **1-888-665-4621**，TTY 使用者撥打**711**，然後採用您的健康計劃的申訴流程。利用該申訴程序不會妨礙您享有可以獲得之任何潛在的法律權利或賠償。如果您在涉及緊急情況的申訴、您的健康計劃尚未圓滿解決的申訴、或者超過 30 天仍未得到解決的申訴方面需要協助，您可以致電該部門尋求協助。您可能還具備獲得獨立醫療審查（IMR）的資格。如果您具備 IMR 資格，該 IMR 流程將會公正地審查健康計劃就擬定服務或治療的醫療必要性做出的醫療決定、針對在本質上屬於實驗性或研究性治療的承保決定以及針對急救或緊急醫療服務的付款糾紛。該部門還提供一個免費電話（**1-888-HMO-2219**）和一個供聽力及言語障礙人士使用的 TDD 專線（**1-877-688-9891**）。此外，部門網站 <http://www.hmohelp.ca.gov> 也提供了網上投訴表格、IMR 申請表格及詳細說明。