

Phần A: Thông tin Thành viên

Họ		Tên		Chữ cái đầu
Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm)		Ngày Diễn ra Sự kiện		
Địa chỉ		Thành phố	Tiểu bang	Zip
Số Điện thoại Buổi tối	Số Điện thoại Ban ngày	Giờ Liên lạc (Vui lòng chỉ rõ khi nào quý vị muốn nhận được cuộc gọi)		
Vui lòng Chọn Một: ☐ Y tế ☐ Nơi họp chợ		Số Thành viên		

Phần B: Vui lòng đưa ra một lý do đơn giản cho khiếu nại của quý vị:**Phần C: Chữ ký**

Tôi xác nhận rằng các lời khai được đưa ra trong khiếu nại này là hoàn toàn đúng và chính xác theo thông tin và hiểu biết của mình.

Chữ ký	Ngày

Nếu đơn khiếu nại được đại diện cá nhân nộp thay mặt cho một người nào đó, hãy hoàn thành các mục sau và chọn ô phù hợp.

Tên In hoa của Đại diện Cá nhân:	
Chữ ký của Đại diện Cá nhân	Ngày

☐ Phụ huynh của Trẻ nhỏ
 ☐ Người Giám hộ Hợp pháp
 ☐ Luật sư
 ☐ Người thi hành/Người bảo hộ
☐ Khác

Vui lòng gửi lại biểu mẫu này cho: Molina Healthcare of California
 Attn: Kháng cáo và Khiếu nại của Thành viên
 200 Oceangate, Suite 100
 Long Beach, CA 90802 hoặc
 Fax (562) 499-0757

California Department of Managed Health Care chịu trách nhiệm điều phối các chương trình dịch vụ y tế. 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 mình theo số điện thoại **1-888-665-4621**, **TTY người dùng quay số 711** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình sức khỏe đó trước khi liên hệ với sở. Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này không ngăn cấm bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp đền bù tiềm năng nào có thể có sẵn cho quý vị. Nếu quý vị cần giúp đỡ than phiền liên quan đến trường hợp cấp cứu, một than phiền chưa được chương trình bảo hiểm y tế của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc một than phiền vẫn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi điện cho sở để được giúp đỡ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện được Đánh giá Y tế Độc lập (IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện được IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp một đánh giá khách quan về các quyết định y tế do chương trình bảo hiểm y tế thực hiện liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc điều trị đề xuất, quyết định bảo hiểm cho điều trị có tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp về thanh toán cho dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có một số điện thoại miễn phí (**1-888-HMO-2219**) và một đường dây **TDD (1-877-688-9891)** dành cho những người có vấn đề về nghe và nói. Trang Web trên Internet của sở **<http://www.hmohelp.ca.gov>** có các mẫu khiếu nại, mẫu xin IMR và hướng dẫn trực tuyến.