

A 部分：會員資訊

姓氏	名字	姓名首字母	
出生日期（年/月/日）	事件日期		
郵寄地址	城市	州	郵政編碼
夜間電話號碼	日間電話號碼	聯絡時間（請指定來電的偏好時間）	
會員編號			

B 部分：請對申訴（投訴）提供詳細理由：

C 部分：簽名

我保證，就我所知及所信，本投訴中的陳述是真實正確的。

簽名 _____ 日期 _____

如果投訴是由個人代表以個人名義提出，請完成以下步驟並勾選相應的方格。

個人代表的正楷姓名：

個人代表簽名 _____ 日期 _____

未成年子女的父母 法定監護人 委託書 執行人/保護人

其他 _____

請將此表格寄到：

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

加州醫療保健管理局負責監管醫療保健服務計劃。如果您要對自己的健康保健計劃提出申訴，應先撥打 **1-888-665-4621 致電您的健康保健計劃**，**TTY 使用者應撥打 711** 並使用健康計劃的申訴程序，然後再聯絡該部門。利用該申訴程序，不會妨礙享有您可以獲得之任何潛在的法律權利或救濟。如果您在作出一項情況緊急的申訴時需要幫助、或者您的健康保健計劃尚未圓滿解決您的申訴、又或者申訴已超過三十 (30) 日但仍未解決，您可以致電該部門尋求援助。您可能還具備享有獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您具備 IMR 資格，那麼 IMR 流程將會公正地審查由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質或研究性質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。該部門還設有一個免費電話號碼 (**1-888-466-2219**) 和適合聽覺和語言障礙人士的 TDD 專線 (**1-877-688-9891**)。該部門的互聯網網站 www.dmhc.ca.gov 投訴表格、IMR 申請表和說明。