



CCHP

華人保健計劃會員投訴表

如您對本保健計劃或所接受的醫療服務有不滿或意見，請填寫此表格並郵寄或遞交至以下地址：

郵寄: 445 Grant Ave, Ste 700, San Francisco, CA 94108

遞交: 835 Jackson Street, San Francisco, CA 94133

電話: (415) 834-2118 聽力障礙人仕電話: 1-877-681-8888 傳真: (415) 397-2129

日期: _____

姓名: _____

會員號碼: _____

地址: _____

電話號碼: _____

填表人姓名（如非本人填寫此表的話）及關係: _____

問題發生之日期: ____ / ____ / ____

請詳細描述您投訴之事件：（如不夠地方填寫可附另頁）

您希望如何解決此問題？（如不夠地方填寫可附另頁）

您需要語言傳譯嗎？ 需要 不需要 何種語言? _____

您是否身體上有殘障需要照顧？ 是 不是

您是否有需要三天之內得到醫療護理的健康問題或現有嚴重疼痛？ 有 沒有

會員或(代理人) 簽名 _____

日期 _____

翻譯此投訴的服務員簽名 _____

日期 _____

加州醫療護理管理部（The Department of Managed Health Care）要求我們知會各會員有關以下的事項：

加州醫療護理管理部（The Department of Managed Health Care）負責督管各保健計劃。如您對保健計劃的服務有不滿或意見，在向加州醫療護理管理部投訴之前，請首先致電華人保健計劃，依循其保健計劃的投訴方式解決問題。電話是（415）834-2118 或聽力障礙人仕電話（TTY）1（877）397-6539。使用此種投訴方式並不影響您應有的法律及採用其他解決方法的權利。但若投訴之發生屬於緊急情況，或本保健計劃未能給予您滿意的答復，又或投訴未能在 30 天之內得到解決的話，您可以直接向加州醫療護理管理部求助。您或許符合資格申請獨立覆查程序 (IMR)。如您符合獨立覆查程序資格的話，覆查程序會對保健計劃之有關醫療服務建議，具試驗或研究性質的治療保障決定以及緊急或急症服務費用糾紛等等，提供公正的審查。該部門並設有免費電話 1-800-HMO-2219 以及聽力及語言障礙之人仕專線 TDD 1-877-688-9891。或可查閱該部門的網址 <http://www.hmohelp.ca.gov> 索取投訴表格，獨立覆查 (IMR)申請表以及說明。