

MẪU KHIẾU NẠI

Tên Hội viên _____ ID # _____

Địa chỉ _____

Số Điện thoại: (Nhà) _____ (Nơi làm việc) _____

Xin chọn một trong những điều sau đây:

KHIẾU NẠI — Có phải quý vị không hài lòng điều gì ngoài quyết định trả tiền cho quyền lợi hay yêu cầu bồi hoàn của chúng tôi không?

KHÁNG CÁO — Có phải quý vị không hài lòng về quyết định trả tiền cho quyền lợi hay yêu cầu bồi hoàn của chúng tôi không?

Vui lòng mô tả chi tiết mối quan ngại của quý vị dùng tên, ngày, nơi nhận dịch vụ, thời gian trong ngày và những vấn đề xảy ra. Nếu có thể, cũng nêu rõ vì sao UnitedHealthcare Community Plan of California nên trả tiền cho các dịch vụ yêu cầu thường không được đài thọ. Vui lòng gửi qua bưu điện mẫu đã hoàn thành này đến địa chỉ nêu ở phía dưới cùng.

Tên, Địa chỉ và Số Điện thoại của Đại diện Được Ủy quyền, nếu có:

(Chữ ký)

(Ngày)

Dịch Vụ Hội Viên
UnitedHealthcare Community Plan of California
Grievance and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Cơ Quan Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại về chương trình bảo hiểm y tế của mình, trước tiên quý vị cần gọi điện cho chương trình bảo hiểm y tế theo số **1-866-270-5785, TTY 711** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm y tế trước khi liên hệ với cơ quan này. Sử dụng quy trình khiếu nại này không ngăn cản bất kỳ quyền pháp lý hoặc các biện pháp khắc phục tiềm ẩn có thể có cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp với một khiếu nại liên quan đến trường hợp cấp cứu, khiếu nại chưa được chương trình sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc khiếu nại chưa được giải quyết trong hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi cho cơ quan này để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để được Đánh Giá Y Khoa Độc Lập (IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện yêu cầu IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp đánh giá khách quan về các quyết định y tế được chương trình y tế đưa ra liên quan tới tính cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc điều trị được đề xuất, các quyết định về khoản đài thọ đối với điều trị có tính chất thí nghiệm hoặc mang tính nghiên cứu cũng như các tranh chấp về thanh toán đối với các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Cơ quan này cũng có số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và **đường dây TDD (1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web Internet của cơ quan này www.dmhc.ca.gov có mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.