



會員申訴和上訴表

電話: 1-888-421-8444 傳真: 1-408-885-4425

辦公時間: 上午9點至下午5點 (太平洋標準時間), 週一至週五

此表格是選填。山谷健康計劃可以幫助您填寫此表格。您也可以在上9點到下午5點之間通過撥打**1-888-421-8444**以口頭方式提出申訴。(太平洋標準時間), 週一至週五, TTY/TDD請使用**711**或發送電子郵件至MemberServices@vhp.sccgov.org。收到此表後, 會有人致電與您聯繫。我們將盡我們所能協助並回答您的任何問題。我們可以使用任意語言來協助您。

會員聯繫信息

會員姓名: _____

會員號碼: _____ 出生日期: _____

會員地址: _____

日間的電話號碼: _____ 晚間的電話號碼: _____

電郵: _____ 性別: 男 女 其他

監護人或非受害方的聯繫信息

填表的監護人或個人的姓名, 如果與會員不同: _____

關係: _____ 聯繫電話: _____

電郵: _____

問題說明

對此問題的詳細描述:

您希望能如何解決這個問題?

您是否需要翻譯協助? 是 否 如果是, 語言偏好: _____

您是否需在未來三天內就醫, 或者您是否有嚴重的疼痛? 是 否

會員向其他實體提出申訴的日期 (如適用): _____

該申訴是否與終止醫療保險有關? 是 否
如果是, 請提供會員收到保險結束或將結束的通知日期: _____

簽名*: _____ 日期: _____

**如果是由會員以外的人簽署, 需要填寫個人代表 (PR) 表格*

僅供內部使用

接收者： _____ 日期： _____

收到會員通知表的日期： _____

發送會員確認信的日期： _____

案例 / 電話追蹤號碼： _____ 上訴 申訴

健康管理部要求山谷保健計劃通知您以下事項：

加州健康管理部（California Department of Managed Health Care）負責監管健康計劃。如果您對您的健康計劃有不滿，您應該先致電您的健康計劃（**1-888-421-8444**），並在聯繫本部門之前使用您的健康計劃的申訴程序。利用本申訴程序並不禁止您擁有任何潛在的法律權利或補救措施。您可以致電該部門尋求幫助，如果您需要幫助的申訴涉及緊急情況、或您的健康計劃沒有圓滿解決的申訴、或超過30天仍未解決的申訴。您也可能有資格獲得獨立醫療審查（IMR）。如果您符合IMR的條件，IMR程序將對健康計劃作出的醫療決定進行公正的審查，這些決定涉及擬議的服務或治療的醫療必要性、實驗性或研究性治療的承保決定，以及緊急情況或緊急的醫療服務的付款爭議。該部門也有免費電話（**1-888-HMO-2219**）和一個為聽力和語言障礙的TDD線路（**1-877-688-9891**）。該部門的互聯網網站 <http://www.hmohelp.ca.gov> 上有投訴表格、IMR申請表格和在線說明。