



## ĐƠN KHIẾU NẠI

CHĂM SÓC CÓ QUẢN LÝ THEO KHU VỰC ĐỊA LÝ

GMC

CHĂM SÓC CÓ QUẢN LÝ THƯƠNG MẠI

DMO

CHƯƠNG TRÌNH HEALTHY FAMILIES

HFP

CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRÁ TRƯỞC LOS ANGELES

LAPHP

Access Dental Plan, Inc. (“Chương Trình”) tiếp nhận rất nghiêm túc các vấn đề do hội viên của mình nêu ra và nỗ lực đạt được các giải pháp chấp nhận được đối với tất cả các bên liên quan. Để tạo điều kiện cho những nỗ lực này, vui lòng cung cấp cho chúng tôi thông tin sau đây. Nếu quý vị cần được hỗ trợ trong việc điền vào đơn này, vui lòng liên hệ bất kỳ Đại Diện Dịch Vụ Hội Viên Chương Trình nào qua số 1-800-707-6453 hoặc bất kỳ đại diện nào của nhà cung cấp trong Chương Trình.

Tên: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_ Điện thoại: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**BẢN CHẤT CỦA ĐƠN KHIẾU NẠI (CÀNG CỤ THỂ CÀNG TỐT & SỬ DỤNG MẶT SAU CỦA ĐƠN NÀY NẾU CẦN THÊM CHỖ TRỐNG):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NGÀY XẢY RA VỤ VIỆC DẪN ĐẾN ĐƠN KHIẾU NẠI NÀY:** \_\_\_\_\_

**TÊN CỦA NHÂN VIÊN CHƯƠNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN VỤ VIỆC:** \_\_\_\_\_

Bộ Y Tế Điều Quản của Tiểu Bang California (DMHC) có trách nhiệm quy định các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu có khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, thì trước tiên quý vị nên gọi điện đến chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị qua số **(1-800-707-6453)** và sử dụng quy trình giải quyết khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi liên lạc với bộ. Khi sử dụng quy trình giải quyết khiếu nại này, quý vị không bị mất các quyền hợp pháp hoặc biện pháp giải quyết có thể có dành cho quý vị. Nếu quý vị cần giúp giải quyết một khiếu nại liên quan tới trường hợp khẩn cấp, một khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm y tế của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc sau 30 ngày khiếu nại vẫn không được giải quyết, thì quý vị có thể gọi cho bộ để được giúp đỡ. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện yêu cầu Đánh Giá Y Khoa Độc Lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện có một buổi IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp một bản đánh giá không thiên vị về các quyết định y tế của một chương trình bảo hiểm y tế liên quan tới sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề nghị, các quyết định về bảo hiểm cho các biện pháp điều trị mang tính chất nghiên cứu hoặc thử nghiệm và các tranh chấp về việc thanh toán cho các dịch vụ y tế khẩn cấp và cấp cứu. Bộ cũng có một số điện thoại miễn phí **(1-888-HMO-2219)** và một đường dây **TDD (1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính và thiếu năng ngôn ngữ. Trang Web của bộ <http://www.hmohelp.ca.gov> có các mẫu đơn khiếu nại, các mẫu đăng ký IMR và các hướng dẫn trực tuyến.

HÃY GỬI MẪU ĐƠN NÀY ĐẾN:  
Grievance Department  
Access Dental Plan  
P. O. Box: 255039  
Sacramento, CA 95865-5039

Vui lòng không viết vào phần bên dưới dòng này – chỉ để Chương Trình sử dụng.

Tên của Người Tiếp Nhận Khiếu Nại: \_\_\_\_\_

Ngày Đã nhận: \_\_\_\_\_

Giờ Đã nhận: \_\_\_\_\_

Ngày/Giờ Đã Ghi Lại: \_\_\_\_\_