

附件 A

申訴表

區域管理保健
 GMC

商業管理保健
 DMO

健康家庭計劃
 HFP

洛杉磯預付醫療計劃
 LAPHP

Access Dental Plan, Inc. (簡稱「計劃」) 會非常認真地對待會員提出的問題並努力達成有關各方都能接受的解決方案。
為促進相關工作, 請向我們提供以下資訊。 如果您在填寫此表格時需要協助, 請致電 1-800-707-6453
聯絡計劃的任何會員服務代表或任何提供者代表。

姓名: _____

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____ 電話: (____) _____ - _____

申訴性質 (儘可能詳細說明, 若需要更多填寫欄位, 請使用此表格的背面) :

申訴起因事件發生的日期: _____

事件涉及的計劃員工的姓名: _____

請將本表格郵寄至 :

加州醫療保健計劃管理局負責監管醫療保健服務計劃。
若您要申訴您的健康計劃, 在聯絡加州醫療保健部門前, 您應先致電您的健康計劃, 電話: 1-800-707-6453, 并使用健康計劃的申訴程序。
使用此申訴程序並不會妨礙您享有任何可能的合法權利或補救措施。
若您的申訴涉及急診, 或健康計劃並未妥善解決或超過 30 天後仍未獲解決, 可致電該部門尋求協助。
您亦可申請獨立醫療審查 (Independent Medical Review, 簡稱 IMR)。若您符合 IMR 的申請資格, 則 IMR 程序將對健康計劃就服務或治療方案之醫療必要性作出的醫療決定、就屬於試驗性或研究性治療作出的承保決定、以及涉及急診或緊急醫療服務的費用爭議作出公平的審查。
該部門亦為聽障或語障人士提供免費電話熱線 (1-888-HMO-2219) 及 TDD 專線 (1-877-688-9891)。
該部門的互聯網網站 (<http://www.hmohelp.ca.gov>) 載有申訴表、IMR 申請表及在綫指導。

申訴部
Access Dental Plan
P. O. Box 659005
Sacramento, CA 95865-9005

請不要填寫此行下方的內容 - 僅供計劃使用。

申訴人 接收 接收 記錄日期/時間: ____
姓名: _____ 日期: _____ 時間: _____