保護病人權益辦公室的提示

我的投訴 My Complaint

THE PATIENT ADVOCATE

我的問題：_____

問題發生的日期，或我發現問題的日期：_____

我為解決問題採取的步驟：

- ☐ 我聯絡醫生的日期 _____ ☐ 醫生的答復：_____
- ☐ 我聯絡健保計劃的日期 _____ ☐ 健保計劃的答復：_____
- ☐ 其他步驟：_____

我向我的健保計劃提出了投訴：

- ☐ 提出投訴的日期：_____ 投訴方式：☐ 電話 ☐ 電子郵件 ☐ 傳真 或 ☐ 郵件
- ☐ 我的投訴是緊急的。
- ☐ 我的健保計劃說我將在這個日期前收到他們的答復：_____

健保計劃對我的投訴的答復：_____

_____

我決定去HMO援助中心

如果您的健保計劃沒有在限定的時間內給您答復，或您對他們的答復不滿意，請致電HMO援助中心：1-888-466-2219。或上網：**www.dmhc.ca.gov**。

- ☐ 我致電HMO援助中心的日期 _____
- ☐ 我向HMO援助中心提出投訴或提交獨立醫療審查表格的日期 _____
- ☐ HMO援助中心說他們會在這個日期之前回復我的投訴或獨立醫療審查表格：_____

我的獨立醫療審查表格已被批準：

- ☐ HMO援助中心說我會在此日期前收到他們的決定：_____
- ☐ 我的獨立醫療審查判決對我有利。HMO援助中心說我的健保計劃必須在此日期之前服從決定：_____
- ☐ 我的獨立醫療審查判決對我不利。HMO援助中心說如果我想要再進一步投訴，我可以採取以下步驟：_____

_____

_____

_____