

保密會員投訴 (申訴) 表

本表為選填。您亦可致電聖馬刁健康計劃 (HPSM) 申訴及上訴課 (Grievance and Appeals Unit) 提出投訴。

如果您對本表格有任何疑問, 或想用口頭方式提出投訴, 請致電 **1-888-576-7227** 或 **650-616-2850** 與我們聯絡。聽力及語言障礙人士 (TTY) 可致電專線 **1-800-735-2929** 或撥 7-1-1。我們辦公室的服務時間為週一至週五上午8:00 至下午5:00。

我們想幫助您儘快解決您的投訴, 給您滿意的答覆。我們不會因為您表達顧慮或提出投訴而歧視您或限縮您的福利。您的服務提供者 (醫生) 亦不得因為您提出投訴而歧視您。

會員姓名	會員編號	出生日期	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
地址	城市	州	郵遞區號
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
電話號碼	<input type="text"/>		

- 投訴提出人：
- 會員/本人
 - 家長/監護人 (若會員不滿18歲)
 - 服務提供者
 - 授權代表

*若投訴是由會員的授權代表提出, 則必須提供委任或授權書 (Appointment of Representative, AOR) 或其他法定代表書面證明。如需索取 AOR 表格, 請與聖馬刁健康計劃會員服務部聯絡, 電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。您亦可上網取得 AOR 表格, 網址: www.hpsm.org。

- 其他 (請說明您與會員的關係):

請詳細說明您的問題:

事情發生的時間?

事情發生的地點?

您希望我們如何處置?

若您投訴的對象是您的醫生或其他服務提供者，請填寫以下部分：

服務提供者/醫生姓名：

服務提供者的電話號碼 (如果知道)：

服務提供者的地址 (如果知道)：

城市

州

郵遞區號

您是否患有需要在三天內獲得醫療處理的病況？或者，您是否有劇烈疼痛？(如果您需要立即獲得醫療處理，請直接到最近的急診室就診。)

是

否

若是，請說明

簽名

日期

表格填好後請寄到：

或傳真到：

Health Plan of San Mateo
Attn: Grievance and Appeals Unit
801 Gateway Blvd., Suite #100
South San Francisco, CA 94080

650-829-2002

在收到您填好的表格後，聖馬刁健康計劃的申訴及上訴專員將致電與您討論投訴內容，並檢驗聖馬刁健康計劃的申訴 (投訴) 程序。

健康護理管理部 (Department of Managed Health Care) 要求聖馬刁健康計劃告知您以下資訊：

「加州健康護理管理部」(California Department of Managed Health Care) 負責管轄所有健康護理服務計劃。如果您要對聖馬刁健康計劃提出申訴，在聯絡該部門之前，應先撥電話 **1-800-750-4776** 與聖馬刁健康計劃聯絡，並使用聖馬刁健康計劃的投訴程序。利用該申訴程序不會損及您可獲得的任何法律權利或補償。如果您有關於急診的申訴需要協助，而聖馬刁健康計劃未能圓滿解決您申訴的問題，或申訴超過 30 天仍未得到解決，則可以致電該部門要求協助。您也可能有資格申請「獨立醫療審查」(Independent Medical Review, IMR)。若您有資格獲得獨立醫療審查，則獨立醫療審查程序將針對一項服務或治療的醫療必須性，或對一項本質為實驗或研究的治療所作的承保決定，或對急診或緊急醫療服務的付費爭議，對聖馬刁健康計劃所作的醫療決定進行公正審查。該部門還提供免費電話 **(1-888-HMO-2219)**，並為聽障與語障人士提供 TDD 專線 **(1-877-688-9891)**。該部門的網站 <http://www.hmohelp.ca.gov> 提供投訴表格、獨立醫療審查申請表格和線上說明。