

申訴投訴申請表

尊敬的會員：

以下是申訴投訴申請表，您可以填寫以提出投訴。如果您認為計劃工作人員未能提供對跨性別人士友善的健康護理，您有權根據本計劃的標準申訴程序使用本表格提出申訴。如果您需要協助填寫本表格，或者您想改為透過電話提出投訴，請致電**1-800-344-4222**與我們聯絡。您也可透過您的員工入口網站在我們的網站**concernhealth.com**提出投訴（請參閱頁面最下方的申訴申請表連結）。

您將會在我們收到投訴後的五 (5) 天內，收到投訴收件確認函。投訴收件確認函將會告知您，我們已收到您的投訴且目前正在努力解決您的投訴。在我們完成調查後，我們將會在作出決定後的五 (5) 天內（但絕對不會超過我們收到您投訴後的三十 [30] 個日曆天）寄送「投訴解決說明」給您。

您可能會透過郵件收到我們的信函，或者如果您授予我們許可，您也可能會透過電子郵件收到。請注意，電子郵件並非完全安全的通訊方式，且有訊息被寄給錯誤收件人或是受保護健康資訊在保存或傳輸過程中遭到不當存取的潛在風險。允許我們透過電子郵件與您聯絡即表示您瞭解並同意承擔這些風險。

根據法律規定，所有投訴皆必須在收到後的三十 (30) 天內解決。若涉及會對會員健康造成迫切且嚴重威脅的情況，您可申請加快審查和／或與管理式健康護理部聯絡以尋求協助。

請注意，我們可能會透過電話與您聯絡，以討論您的投訴並搜集我們解決問題所需的其他資訊。請務必提供我們可與您取得聯繫的電話號碼，以便在有需要時與您進一步討論您的投訴。

請將填妥的表格郵寄至：

Attn: Grievances and Appeals
Concern: EAP
2490 Hospital Dr, Suite #310 Mountain
View, CA 94040

如果您對申訴流程或您的具體申訴有任何疑問，請致電**1-800-344-4222**與我們聯絡。根據法律規定，所有申訴皆必須在收到投訴後的三十 (30) 天內解決。

申訴投訴申請表

會員姓名： _____

僱主名稱： _____

會員地址： _____

您是否同意我們透過電子郵件與您聯絡？ 是 否

電子郵件： _____

主要電話號碼： _____ 手機號碼： _____

投訴說明：（如有需要，請另附紙張）

CONCERN服務提供者、工作人員姓名或服務名稱（如已知）： _____

本人在此證明以上資訊均屬實。

簽名： _____

正楷姓名： _____ 日期： _____

加州居民請注意：背面有重要資訊

申訴投訴申請表

加州管理式健康護理部負責管理健康護理服務計劃。如果您想針對您的健康計劃提出申訴，您應先致電 **1-800-344-4222** 與您的健康計劃聯絡，並使用您健康計劃的申訴流程，而後再與管理式健康護理部聯絡。使用此申訴程序不會使您喪失您可能擁有的任何法律權利或您可能可使用的救濟措施。如果您需要協助處理涉及緊急情況的申訴、您的健康計劃未針對您的申訴提出令您滿意的解決方案，或者申訴在超過30天後仍未獲得解決，您可以致電管理式健康護理部尋求協助。您可能還符合獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 的資格。如果您符合IMR的資格，IMR流程將會針對健康計劃對後述事項所作的醫療決定進行公正的審查：提議之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，以及急診或緊急醫療服務的付款爭議。管理式健康護理部還提供免費電話號碼 (1-888-466-2219) 以及供聽障和語障人士使用的TDD專線 (1-877-688-9891)。管理式健康護理部的網站 www.dmhc.ca.gov 有提供線上投訴申請表、IMR申請表及相關說明。

您能閱讀本信函嗎？

Notice of Availability

You can request an interpreter at no cost to speak with CONCERN: EAP or a counselor. To request an interpreter or ask about written information in your language, first call CONCERN at 800-344-4222. Someone who speaks your language can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 888-466-2219.

Aviso de Disponibilidad

Puede solicitar un intérprete sin cargo para hablar con CONCERN: EAP o un asesor. Para solicitar un intérprete o información escrita en su idioma, primero llame a CONCERN al 800-344-4222. Una persona que hable su idioma puede ayudarlo. Si necesita más ayuda, llame al Centro de Ayuda de HMO al 888-466-2219.

通知：可提供的語言

在與 CONCERN (EAP 或者一位輔導員)

聯絡時，您可以請求免費提供口譯人員。如需請求提供口譯人員或以您的語言提供書面資料，請首先致電 CONCERN，電話號碼是 800-344-4222。將有一位會講您語言的工作人員幫助您。如果您需要更多幫助，請致電 HMO 協助服務中心，電話號碼是 888-466-2219。

Paunawa ng Kahandaan

Makaahiling kayo ng isang tagasalin ng wika upang makipag-usap sa CONCERN: EAP o isang tagapayo. Upang humiling ng isang tagasalin ng wika o magtanong tungkol sa nakasulat na impormasyon sa inyong wika, tumawag muna sa CONCERN sa 800-344-4222. Ang isang nagsasalita ng inyong wika ay makakatulong sa inyo. Kung kailangan ninyo ng karagdagang tulong, tawagan ang HMO Help Center sa 888-466-2219.