



MẪU THAN PHIÊN VÀ KHIẾU NẠI DÀNH CHO HỘI VIÊN

BƯỚC 1:

Vui lòng gọi cho Đại diện Dịch vụ Hội viên để trao đổi về khiếu nại của quý vị. Người đại diện này có thể tiết kiệm thời gian cho quý vị và có thể giải quyết vấn đề của quý vị. Vui lòng gọi Đại diện Dịch vụ Hội viên của CCA Health theo số số 1-866-333-3530 để được trợ giúp và biết thêm thông tin. (người dùng TTY nên gọi 711). Chúng tôi làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối., bảy ngày mỗi tuần từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, trừ ngày nghỉ lễ, và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, trừ ngày nghỉ lễ. Các tin nhắn nhận được vào những ngày nghỉ và ngoài giờ làm việc của chúng tôi sẽ được phản hồi trong vòng một ngày làm việc.

BƯỚC 2:

Vui lòng hoàn thành mẫu Yêu cầu Khiếu nại và Than phiền dành cho Hội viên dưới đây với càng nhiều thông tin càng tốt. Quý vị cũng có thể chọn cách gửi thư riêng cho chúng tôi nêu những bằng khoản của mình.

BƯỚC 3:

Nếu quý vị ủy quyền cho ai đó làm đại diện cho mình để khiếu nại hoặc than phiền, quý vị và Người được chỉ định đại diện (AOR) đó phải gửi mẫu Chỉ định Đại diện đã điền thông tin. Vui lòng liên hệ với Đại diện Dịch vụ Hội viên của CCA Health để yêu cầu gửi mẫu AOR qua bưu điện cho quý vị. Quý vị cũng có thể lấy mẫu AOR quatrang web của chúng tôi: www.ccahealthca.org.

Việc gửi cùng tất cả các mẫu cần thiết nêu trên sẽ giúp xem xét được kịp thời.

BƯỚC 4:

Sau khi hoàn thành mẫu này, vui lòng gửi lại mẫu và/hoặc tài liệu chỉ định đại diện qua fax theo số 1-866-207-6539 hoặc gửi qua bưu điện đến:

CCA Health California
Attention: Grievances and Appeals Department
18000 Studebaker Road, Suite 150
Cerritos, CA 90703

TÊN HỘI VIÊN:	ĐIỆN THOẠI BAN NGÀY:
ĐỊA CHỈ:	
ID HỘI VIÊN:	NGÀY XẢY RA BIẾN CỐ:
NGÀY CỦA DỊCH VỤ CÓ THAN PHIÊN HOẶC KHIẾU NẠI:	
TÊN CƠ SỞ HOẶC NHÀ CUNG CẤP LIÊN QUAN (nếu có):	
SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA CƠ SỞ HOẶC NHÀ CUNG CẤP:	ĐỊA CHỈ CỦA CƠ SỞ HOẶC NHÀ CUNG CẤP:

