DEPARTMENT OF Managed Health Care

Mẫu Khiếu nại Gian lận cho Báo cáo về Lừa đảo trong việc Bán Bảo hiểm Y tế

Thông tin Chi tiết về Khiếu nại:

1) Công ty chào mời quý vị những gì:

_____

_____

2) Quý vị có nhận được những gì được chào mời không: ☐ Có ☐ Không

3) Quý vị có tin rằng công ty đã có những tuyên bố không chính xác không: ☐ Có ☐ Không

4) Quý vị tin rằng tuyên bố nào là không chính xác:

_____

_____

5) Quý vị có trả tiền cho công ty không: ☐ Có ☐ Không

Nếu có, quý vị trả bao nhiêu tiền:_____

Phương thức thanh toán nào được sử dụng:_____

6) Lần đầu tiên công ty liên lạc với quý vị là khi nào (tháng/ngày/năm): _____

7) Trả lời ban đầu của quý vị là như thế nào:

_____

_____

8) Quý vị được liên lạc bằng phương thức nào:

☐ Điện thoại
☐ Email
☐ Tại Nhà
☐ Tại Phòng khám Bác sĩ, Nhà thuốc, hoặc Bệnh viện
☐ Quảng cáo – vui lòng mô tả nội dung và địa điểm
☐ Phương thức khác – vui lòng giải thích

_____

_____

9) Quý vị có ký bất kỳ tài liệu nào từ công ty không: ☐ Có ☐ Không

10) Quý vị có cung cấp cho công ty bất kỳ tin tức cá nhân hoặc tài chính nào không:
☐ Có ☐ Không

11) Vui lòng liệt kê bất kỳ cơ quan hoặc tổ chức nào mà quý vị liên lạc để được giúp đỡ:

_____

_____

12) Quý vị muốn, cần, hoặc kỳ vọng gì để giải quyết khiếu nại của mình:

_____

_____

_____

Thông tin Bổ sung

Vui lòng điền bất kỳ thông tin bổ sung nào quan trọng đối với trường hợp của quý vị, bao gồm thông tin về công ty, những gì quý vị được chào mời, và việc quý vị có nhận được những gì được chào mời không.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Thông tin Người tiêu dùng

Vui lòng cung cấp thông tin liên lạc của quý vị để chúng tôi có thể liên lạc với quý vị nhằm bổ sung thông tin về khiếu nại của quý vị, nếu cần.

Tên _____ Họ _____

Địa chỉ Nhận thư _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

Số Điện thoại Ban ngày _____ Số Điện thoại Ban đêm _____

Email _____

Thông tin Công ty

Vui lòng khai bất kỳ thông tin nào quý vị có về công ty.

Tên Công ty _____

Địa chỉ Nhận thư _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

Số Điện thoại _____ Email _____

Trang web_____

Tên Đại diện Công ty _____

Chức danh hoặc Vị trí của Đại diện Công ty_____

Số Điện thoại _____ Email _____

Người đại diện đã mô tả tư cách đại diện của mình như thế nào (ví dụ như Chương trình bảo hiểm, Covered California, Chương trình của Chính phủ, v.v…):_____

_____

13) Quý vị có bất kỳ tài liệu nào từ công ty không: ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị có bất kỳ tài liệu nào liên quan đến trường hợp của mình mà quý vị muốn cung cấp, vui lòng gửi kèm một bản sao tài liệu cùng với khiếu nại này.

Tôi yêu cầu Sở Y tế Quản lý (DMHC) hỗ trợ xem xét khiếu nại của tôi. Tôi hiểu rằng DMHC sẽ bảo vệ thông tin cá nhân của tôi. Nếu khiếu nại của tôi thuộc thẩm quyền của DMHC, DMHC có thể tiếp tục điều tra thêm và có thể liên lạc với tôi. Nếu thích hợp, DMHC có thể chuyển khiếu nại của tôi đến Covered California, Sở Bảo hiểm, hoặc một cơ quan khác để được xem xét thêm.

Chữ ký:_____ Ngày:_____

Hướng dẫn:

Để nộp Mẫu Khiếu nại Gian lận qua bưu điện hoặc fax:

1. Điền và ký mẫu. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống để điền trả lời của mình, xin hãy đính kèm một trang riêng.
2. Đính kèm bản sao thư hoặc các tài liệu khác quý vị tin rằng có thể liên quan đến khiếu nại của mình. Vui lòng gửi bản sao tài liệu, không gửi bản gốc. Trung tâm Hỗ trợ không thể trả lại bất kỳ tài liệu nào.
3. Fax hoặc gửi qua bưu điện mẫu và bản sao của bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào đến:

   Help Center
   Department of Managed Health Care
   980 9th Street, Suite 500
   Sacramento, CA 95814-2725

   FAX: 916-255-5241

Nếu quý vị có thắc mắc về mẫu khiếu nại gian lận, vui lòng gọi số điện thoại miễn phí của Trung tâm Hỗ trợ theo số 1-888-466-2219 hoặc (TDD) 1-877-688-9891.