

Health Net Community Solutions (Health Net) 非常重視您的所有顧慮。如果您不同意某項決定，您或任何其他人可以針對被拒絕的服務提出上訴。如果您對所接受的護理或治療不滿意，您可以提出申訴。

如果您的醫療服務提供者或由您所選的某人代表您提出上訴或申訴，我們必須獲得您的書面同意。我們可能需要您的書面同意才能取得供您的上訴或申訴所用的醫療記錄。您可以致電 1-800-675-6110 聯絡 Health Net 會員服務部或前往 www.healthnet.com 以取得這些表格。

- 授權代表表格
- 醫療記錄釋出授權表格

包括與您的上訴或申訴相關的任何文件或資訊。您可以選擇以下任何一種方式來送出您的上訴或申訴申請。

- 致電 Health Net 會員服務部：1-800-675-6110。
如果您需要，我們可以提供語言服務。
- 聽語障人士請撥打聽障專線(TTY)：711
- 線上填寫上訴或申訴表：www.healthnet.com
- 填寫此表格並透過郵寄或傳真提交
 郵寄：Health Net Community Solutions
 Attn: Member Appeals and Grievance Department
 PO Box 10348
 Van Nuys, CA 91410-0348
 或
 傳真號碼：1-877-831-6019

還可提供其他形式的會員資料，例如盲文版、大字版和語音資料等。

會員上訴或申訴表



第 1 部分：會員資料		
名字和姓氏：	會員卡號碼：	出生日期：
地址：	城市：	郵遞區號：
電話號碼：	最佳聯絡時間：	

第 2 部分：有關上訴或申訴的資訊	
醫療服務提供者名稱：	服務/發生日期：
<input type="text"/>	<input type="text"/>
理賠編號：	參考編號：
<input type="text"/>	<input type="text"/>

告訴我們您的顧慮和您想要採取的行動。包括：醫療服務提供者名稱、服務日期、理賠或參考編號。

對於上訴：附上行動通知函的複本。

如果您因實驗性質的治療或用品被拒絕，而且您患有末期疾病，您可以要求召開會議。

我患有末期疾病，我要求召開會議。

第 3 部分：供您參考的資訊

自收到行動通知函起，您有 60 個日曆天的時間提出上訴。行動通知是一封正式函件，我們會在函件中告訴您，我們將拒絕、延遲、變更或終止某項服務。可以隨時送出申訴申請。

如果您的上訴或申訴對您的健康造成直接或嚴重威脅，請要求快速審查。我們將在收到您的上訴或申訴後的 72 小時內審查您的個案。

我們收到您的上訴或申訴後，您將在五 (5) 個日曆天內收到一封信。

Health Net 負責處理您個案的工作人員可能會聯絡您以獲取更多資訊。

如果您對 Health Net 解決您顧慮的方式不滿意，請聯絡 DMHC 或 DHCS。

California Department of Managed Health Care (DMHC)

「California Department of Managed Health Care 負責管理醫療保健服務計畫。如果您想對您的健保計畫提出申訴，在致電 Department of Managed Health Care 之前，請先撥 **(1-800-675-6110，聽障專線 (TTY)：711)** 聯絡您的健保計畫，並使用您健保計畫的申訴程序。使用此申訴程序並不會妨礙您的任何潛在法定權利或可能可使用的補救措施。如果您需要協助處理涉及緊急情況的申訴、您的健保計畫未圓滿解決的申訴、或在提出 30 天後仍未解決的申訴，您可致電 Department of Managed Health Care 尋求協助。您可能符合獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 資格。若您符合獨立醫療審查 (IMR) 資格，則獨立醫療審查 (IMR) 程序會就健保計畫對建議服務或治療的醫療必要性、對實驗或研究性質治療的承保決定，以及急診或緊急醫療服務給付爭議等相關醫療決定，進行公正的審查。Department of Managed Health Care 也設有免付費電話號碼 **(1-888-466-2219)**，以及為聽語障人士提供的聽障專線 (TDD) **(1-877-688-9891)**。Department of Managed Health Care 的網站 www.dmhc.ca.gov 有提供線上投訴表、獨立醫療審查 (IMR) 申請表和說明。」

California Department of Health Care Services (DHCS) Office of the Ombudsman

您也可以致電 California Department of Health Care Services (DHCS) 監察人員辦公室以尋求協助。監察人員辦公室協助 Medi-Cal 受益者充分行使作為管理式護理計畫的會員之權利和責任。如需瞭解更多資訊，請撥打免付費電話 **1-888-452-8609**。

第 4 部分：簽名

會員或授權代表簽名

日期

會員或授權代表的正楷姓名

English: If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم (1-800-675-6110 (TTY: 711) تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

Armenian: Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, գանգախարհք 1-800-675-6110 (TTY 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាទម្រង់ PDF សម្រាប់អ្នកពិការ និងឯកសារព្រីនជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

Chinese: 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电1-800-675-6110 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如无障碍 PDF 和大字版文档。这些服务免费为您提供。

Farsi: اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس‌پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

Hindi: यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

Hmong: Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

Japanese: ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

Korean: 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-800-675-6110 (TTY: 711). JomcCaux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buac Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian: Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

Tagalog: Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyang ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

Ukrainian: Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1 800 675 6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.

Health Net 遵守適用的州和聯邦民權法律，不會因種族、膚色、國籍、年齡、精神障礙、身體殘疾、性別（包括懷孕、性取向和性別認同）、宗教、血統、族裔、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況或性別而歧視、排斥他人或以不同方式對待。

Health Net：

- 為殘疾人士提供免費援助與服務，幫助他們有效地與我們溝通，例如：
 - 提供合格的手語翻譯
 - 提供其他形式的書面資訊（大字版、音訊、易於讀取的電子格式、其他格式）
- 為非英語母語人士提供免費語言服務，比如：
 - 提供合格的口譯員
 - 以其他語言書寫資訊
 - 如果您需要上述服務，請致電 1-800-675-6110（聽障專線：711）與 **Health Net** 客戶聯絡中心聯絡，服務時間為每年 365 天、每週 7 天、每天 24 小時。

我們可以根據要求向您提供本文件的盲文版、大字版、錄音帶或電子格式。要獲得上述任一替代格式的副本，請致電或寫信至：

Health Net

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103

客戶聯絡中心 1-800-675-6110 (TTY: 711)

加州聽語障人士轉接服務 711

如果您認為 **Health Net** 未提供這些服務或以其他方式基於種族、膚色、國籍、年齡或性別（包括懷孕、性取向和性別認同）、精神殘障、身體殘疾、宗教、血統、族群識別、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況或性別而歧視您，您可以向 1557 協調員提出申訴。

您可透過當面或信函、傳真或電子郵件的方式提出申訴。如果您需要協助提出申訴，我們的 **1557 協調員** 可協助您。

- 透過電話：致電 855-577-8234 (TTY: 711)
- 透過傳真：1-866-388-1769
- 透過信函：寫信並寄送至 Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631

電子方式：傳送電子郵件至 SM_Section1557Coord@centene.com 您可以在 **Health Net** 網站：

https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html 找到本通知

您也可以透過電話、寫信或在線上向 **California Department of Health Care Services** 的民權辦公室提交民權投訴：

- 透過電話：Call 916-440-7370。如果您有語言或聽力障礙，請致電 711。
- 透過信函：填寫投訴表，或書寫信函並寄送至民權辦公室副主任，地址為 **Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413**。您可在 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 網站找到投訴表
- 電子方式：傳送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

您也可向美國 **Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights** 提出民權投訴。您可透過民權辦公室的投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 在線上提出投訴，或者透過郵件或電話提出投訴，聯絡資訊如下：

U.S.Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C.20201

1-800-368-1019，1-800-537-7697（聽障專線）

您可在 <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html> 網站找到投訴表