

會員申訴 / 投訴表
------------

日期： \_\_\_\_\_

請以正楷填寫所有資訊。

投訴人資訊：

姓名	( ) 公司電話號碼	( ) 住家電話號碼	
地址	城市	州	郵遞區號

與投訴人相關的個人姓名：

姓名	號碼： 會員卡號碼
姓名	號碼： 會員卡號碼
姓名	號碼： 會員卡號碼

投訴性質：[請勾選所有適用項目]

<input type="checkbox"/> 行銷	<input type="checkbox"/> 退保遭遇困難	<input type="checkbox"/> 會員帳單
<input type="checkbox"/> 品質	<input type="checkbox"/> 交通運輸	<input type="checkbox"/> 照護便利性
<input type="checkbox"/> 急診照護	<input type="checkbox"/> 職員態度	<input type="checkbox"/> 授權

其他： \_\_\_\_\_

問題陳述：發生日期： \_\_\_\_\_ 地點： \_\_\_\_\_

醫療服務提供者名稱 / 姓名 \_\_\_\_\_

詳細說明問題 / 投訴：

---

---

---

---

如需更多空間，請使用本表格的背面。

會員簽名

(會員未成年或無行為能力時，則由父母簽名)

日期

### 公開醫療資訊

**會員：**請提供本申訴案由中負責治療您病況的任何醫療服務提供者名稱 / 姓名和電話號碼。

取得的所有病歷都將嚴格保密，只供審查您的申訴案時使用。

我茲此授權並要求以上所列的醫療服務提供者公開所有病歷給 HEALTH NET，以支持本申訴案由的醫療必要性。

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_ \_\_\_\_\_

(非會員本人簽名時) 關係：\_\_\_\_\_ (母親、父親、監護人)

如果您有任何其他疑問或需要本事項的額外協助，請聯絡會員服務部免付費電話 (800) 675-6110 或聽 / 語障專線：(800)-431-0964。表格填好後請提交至：Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O Box 10348, Woodland Hills, CA 91367。傳真號碼：(877) 831-6019。

### MEDI-CAL 管理式照護賦予 您的權利

如果您不同意對您的醫療治療做出的決定，您可以提出上訴。這是向您的 HEALTH NET 提出的上訴。

#### 如何提出上訴

從本「行動通知」發函日期起，您有 **60** 天的時間可以提出上訴。但是，如果您目前正在接受治療並想繼續接受治療，您必須在本信函郵戳日期或您收到本信函當天起 **10** 天內，或在您的醫師團體或 Health Net 表示將停止服務的日期前**要求上訴**。您必須在提出上訴時表示您想繼續接受治療。

您可以透過電話、書面或電子方式提出上訴：

- 電話：撥打 (800) 675-6110 聯絡 Health Net。或者，如果您有聽力或語言障礙，請撥打聽 / 語障專線：(800)-431-0964。

- 書面：填寫上訴表或寫信，然後郵寄至：

Health Net  
Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department  
P.O Box 10348  
Woodland Hills, CA 91367

- 傳真到以下號碼：(877) 831-6019。
- 電子方式：前往 Health Net 網站：[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)。

您醫師的診所可提供上訴表。您的健保計畫也能寄送表格給您。

您可以自己提出上訴。或者，您可以請親戚、朋友、辯護人、醫師或律師代表您提出上訴。您可以寄送任何類型您希望健保計畫納入審查的資訊。您的上訴將由最初做決定的醫師以外的另一位醫師進行審查。

Health Net 會在 30 天內給您答覆。這個時候您會收到一封「上訴解決通知」信函，告訴您 Health Net 做出的決定。如果您沒有在 30 天內收到信函，您可以：

- 要求「**獨立醫療審查**」(IMR)，由與健保計畫沒有關係的外部審查人來審查您的案件。
- 要求「**州聽證會**」，由法官審查您的案件。

請閱讀下節說明，瞭解如何要求 IMR 或州聽證會。

### 特急上訴

如果您認為等待 30 天會危害您的健康，您也許能在 72 小時內得到答覆。您提出上訴時，請說明為何等待決定會危害您的健康。請確認您要求提出「**特急上訴**」。

### 如果您不同意上訴決定

如果您提出上訴後收到「上訴解決通知」信函，指出您的健保計畫仍然不會提供服務，或者已經過了 30 天但您一直沒有收到信函告訴您相關決定，您可以：

- 要求「**獨立醫療審查**」(IMR)，由與健保計畫沒有關係的外部審查人來審查您的案件。
- 要求「**州聽證會**」，由法官審查您的案件。

您可以同時要求 **IMR** 和州聽證會。您也可以先要求進行其中一項，看看是否能解決您的問題。例如，如果您先要求 **IMR**，但不同意相關決定，您之後仍然可以要求州聽證會。不過，如果您先要求州聽證會，而且已經開始進行聽證會，您就無法要求 **IMR**。在此情況下，州聽證會的決定將是最終決定。

您不需要為 **IMR** 或州聽證會支付費用。

### 獨立醫療審查 (IMR)

如果您想要求 **IMR**，您必須先向您的健保計畫提出上訴。如果您沒有在 30 天內收到健保計畫的答覆，或您對健保計畫的決定不滿意，接下來您就可以要求 **IMR**。您必須在「上訴解決通知」信函日期起 **180** 天內要求 **IMR**。

您也許能立即取得 **IMR**，不需要先提出上訴。這類情況包括您的健康有立即危險，或因治療被視為實驗性或研究性，導致您的要求遭到拒絕。

下段資訊將告訴您如何要求 **IMR**。請注意，「申訴」一詞是指「投訴」和「上訴」。

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，在聯絡管理局前，您應先致電 **(800) 675-6110** 與 Health Net 聯絡，並使用您健保計畫的申訴流程。利用此申訴程序並不會妨礙您的任何潛在法定權利或可能使用的補救措施。如果您的申訴涉及緊急情況，或是未獲健保計畫妥善處理，又或是超過 30 天仍未獲得解決時，您可致電管理局請求協助。您也可能符合獨立醫療審查 (**IMR**) 的資格。如果您符合 **IMR** 的資格，則 **IMR** 流程將會針對健保計畫對提議的服務或治療是否為醫療所需、實驗性或研究性的治療是否屬於承保範圍，以及有關急診或緊急醫療服務給付爭議而做成的醫療決定，進行公正無私的審查。管理局也有免付費電話 **(1-888-HMO-2219)** 和為聽語障人士提供的聽障專線 **(1-877-688-9891)**。管理局的網站 (<http://www.hmohelp.ca.gov>) 提供投訴表、**IMR** 申請表和說明。

### 州聽證會

如果您想要求州聽證會，您必須在「上訴解決通知」信函日期起 **120** 天內提出要求。您可以打電話或透過書面方式要求州聽證會：

- 電話：請致電 **1-800-952-5253**。該號碼常因忙碌佔線。您可能會聽到語音訊息請您稍後再撥。如果您有聽力或語言障礙，請撥打聽 / 語障專線 **1-800-952-8349**。
- 書面：填寫州聽證會申請表或寄送信函至：

**California Department of Social Services**  
**State Hearings Division**  
**P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37**  
**Sacramento, CA 94244-2430**

請務必填寫您的姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼，以及您要求州聽證會的理由。如果有其他人協助您要求州聽證會，請在申請表或信函中加上其姓名、地址和電話號碼。如

果您需要口譯員，請告訴我們您使用哪種語言。您不需要為口譯服務支付費用。我們會為您找口譯員。

您要求州聽證會後，最久可能要 90 天時間才能裁定您的案件並將答覆寄送給您。如果您認為等待這麼久會危害您的健康，您也許能在 3 個工作日內得到答覆。請要求您的醫師或健保計畫為您出具信函。函中必須詳細說明如果您的案件最久要等 90 天才能做出決定，將會嚴重傷害您的生命、健康或您獲得、保持或恢復最佳身體機能的能力。然後，請確認您要求提出「**特急聽證會**」，並將此信函連同您要求聽證會的申請表一起提交。

您可以在州聽證會時自行發言。或者，您可以請親戚、朋友、辯護人、醫師或律師代表您發言。如果您希望由其他人代表您發言，您必須通知州聽證會辦公室該人士可以代表您發言。這個人稱為「授權代表」。

### 法律協助

您也許能取得免費法律協助。請撥打 *[name and telephone number of the county's consumer rights hotline]*。您還可以致電聯絡您所在縣當地的法律援助協會。