

申訴表

請儘快填寫此表格，並寄回上方所示的郵寄地址。我們將在五個工作日之內向您確認收到。在可能的情况下所有申訴將於30天內得到解決。如果您的申訴屬於緊急或者急診情況，請致電以下免付費電話以進行緊急處理：洛杉磯縣：1-855-388-6257，聽障人士請撥打 TTY/TDD 711；薩克拉門托縣：1-833-479-1984，聽障人士請撥打 TTY/TDD 711。對本醫療計劃提出申訴的會員不會以任何方式受到歧視或報復。

會員資訊

會員姓名： _____

會員ID號： _____

投保人姓名（如與上述不同）： _____

投保人ID號（如與上述不同）： _____

日間電話： _____ 夜間電話： _____

申訴資訊

請使用本表格背面詳細說明您的申訴內容。
此申訴是針對以下物件提出的（請勾選相應的選項）：

- 醫療計劃 醫療機構 醫療機構工作人員

申訴內容發生日期： _____

機構資訊

機構名稱： _____ 機構ID號： _____

機構地址： _____

治療提供者姓名： _____

請列出您就此事溝通過的機構工作人員姓名： _____

申訴程序定義

- 「申訴」是指對醫療計劃和/或提供者的不滿的書面或口頭表達，包括對護理質量的擔憂，且包括由參保人或參保人代表提出的投訴、爭議、覆議請求或申訴。
- 「投訴」與「申訴」含義相同。
- 「投訴人」與「申訴人」含義相同，指提出申訴的人，包括參保人、參保人指定的代表或有權代表參保人行事的其他個人。
- 「解決」是指針對參保人提交的申訴已達成最終結論，且在醫療計劃的申訴系統內沒有待處理的參保人上訴（包括具有委託許可權的實體）。
- 「待處理」申訴是指未在30個日曆天內解決的申訴，或已轉交至部門投訴或獨立醫療審查系統的申訴。

醫療保險取消 申訴表

會員資訊

會員姓名： _____ 性別： 男性 女性 其他

父母/監護人姓名（如為未成年人填寫）： _____

會員生日： _____ 會員號： _____

會員郵寄地址： _____

會員所在城市，州，郵編： _____

日間電話： _____ 夜間電話： _____

電子信箱： _____

雇主（如適用）： _____

受影響的所有參保人姓名： _____

受到影響的所有參保人ID號： _____

醫療計劃名稱： _____

Medi-Cal ID號（如適用）： _____

Medicare 或 Medicare Advantage ID號（如適用）： _____

醫療集團（如適用）： _____

會員簽名： _____ 日期： _____

申訴資訊

如適用：

會員收到保險終止或即將終止通知的日期： _____

會員向加州管理式醫療保健部（DMHC）以外的機構提出申訴的日期： _____

如適用，請您提供：

- 收到的醫療計劃通知和信件複本（如有）
- 會員發送的任何信件複本
- 上一期已繳保費的付款證明複本

授權協理表格

如果您希望授權他人協助處理您的申訴，請填寫以下 A 部分和 B 部分。

如果您是為未滿 18 歲的兒童提交申訴的父母或法定監護人，則無需填寫此表格。

如果您為因無行為能力或喪失行為能力而無法填寫此表格的參保人提出申訴，且您擁有代表該參保人行事的法律授權，請僅填寫 B 部分。請同時附上醫療決定授權書（power of attorney）或其他證明您有權為該參保人做出決定的文件複本。

A 部分：會員

我允許以下B部分所列人員協助我向加州管理式醫療保健部（DMHC）提出的申訴。我允許加州管理式醫療保健部（DMHC）工作人員與以下人員共用有關我的醫療狀況和護理的資訊。這些資訊可能包括心理健康治療、愛滋病（HIV）治療或檢測、酒精或藥物治療，或其他醫療資訊。

我明白只有與我的申訴相關的資訊會被共用。

我自願同意此項協助，並有權隨時終止。如果我想終止此協助，必須以書面形式提出。

會員名字（正楷填寫） _____

會員簽名： _____ 日期： _____

B 部分：會員協理人員

我允許以下B部分所列人員協助我向加州管理式醫療保健部（DMHC）提出的申訴。我允許加州管理式醫療保健部（DMHC）工作人員與以下人員共用有關我的醫療狀況和護理的資訊。這些資訊可能包括心理健康治療、愛滋病（HIV）治療或檢測、酒精或藥物治療，或其他醫療資訊。

協理人員名字（正楷填寫）： _____

協理人員簽名： _____

街道地址： _____

城市、州、郵編： _____

與患者的關係： _____

日間電話： _____

夜間電話： _____

電子郵箱： _____

我已附上醫療決策授權書（power of attorney）或其他法律文書。（如適用請勾選）

申訴/投訴表填寫說明

如有疑問，請致電說明中心：1-888-466-2219，或使用TDD專線：1-877-688-9891。該電話免費。

提交流程：

1. 在線提交：www.dmhc.ca.gov（此方式最為快捷）
或者
填寫並簽署醫療保險取消申訴表。
2. 如果您希望他人協助您進行申訴，請填寫授權協理表格。
3. 請附上醫療保險取消申訴表中要求的相關文件，如您的醫療計劃通知、帳單和付款憑證。
4. 如果您未通過線上提交，請將表格及相關支持文件郵寄或傳真至：
加州管理式醫療保健部說明中心
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
傳真: 916-255-5241

下一步

說明中心會向您發送一封信函，告知您申訴是否已被受理。如果您的申訴被受理，相關問題將在30天內作出決定。您將收到書面通知告知決定結果。

本通知為法律要求提供

《1977年資訊慣例法》 (Information Practices Act of 1977) 通知

《1977年資訊慣例法》 (加利福尼亞民法典第1798.17條) 要求提供以下通知。

- 加州《諾克斯-基恩法案》 (Knox-Keene Act) 賦予加州管理式醫療保健部 (DMHC) 監管醫療計劃和調查醫療計劃會員申訴的許可權。
- 加州管理式醫療保健部 (DMHC) 說明中心使用您的個人信息來調查您與醫療計劃之間的問題。
- 您向加州管理式醫療保健部 (DMHC) 提供此資訊為自願。您並非必須提供此資訊。但是，如果您不提供此資訊，加州管理式醫療保健部 (DMHC) 可能無法調查您的申訴。
- 加州管理式醫療保健部 (DMHC) 可能會根據需要與醫療計劃和提供者共用您的個人資訊，以調查您的申訴。
- 加州管理式醫療保健部 (DMHC) 也可能根據法律要求或允許，將您的資訊共用給其他政府機構。
- 您有權查閱您的個人資訊。如需查閱您的個人資訊，請聯繫加州管理式醫療保健部 (DMHC) 記錄請求協調員，地址：DMHC 法律服務辦公室 (Office of Legal Services) ， 980 9th Street Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, 電話：916-322-6727。