



Health Net of California, LLC

保密 – 受保護健康資訊

HEALTH NET 會員申訴表

姓名：_____ 日期：_____

投保人識別號碼：_____ 團體編號：_____

地址：

日間電話號碼：_____

簽約醫師團體：_____

請詳細說明造成您對 Health Net of California, Inc. (Health Net) 有所不滿的狀況。一定要盡可能完整列出相關日期、人員和機構。請附上與您的問題相關的理賠或帳單正本。(請務必自行留底。) 如有必要請使用反面或加頁。請將此表格和文件寄至：Health Net, Appeals and Grievances Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348 或傳真至：(877) 831-6019。

問題陳述： 發生日期：_____ 地點：_____
醫療服務提供者姓名 / 名稱：_____

詳細說明問題 / 投訴：

如需更多空間，請使用本表格的背面。

Health Net 希望盡可能以最令人滿意的方式提供高品質的醫療照護。因此，我們必須知道您接受服務時遭遇到的任何困難。您填寫此表格，就是提供我們必要資訊，使我們能繼續維持高的標準。我們最遲會在 30 天內回覆您。如果您認為延遲決定可能立即且嚴重威脅您的健康，請致電 1-800-522-0088 與我們的客戶服務部聯絡，請求特急審查。

California Department of Managed Health Care 負責管理醫療保健服務計畫。如您想對您的健保計畫提出申訴，在與管理局聯絡前，您應先撥打您健保計畫的電話 **1-800-522-0088**，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以使用的補救措施。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，請致電管理局尋求協助。您也可能符合獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 資格。如果您符合獨立醫療審查 (IMR) 的資格，獨立醫療審查 (IMR) 流程會針對健保計畫就提議之服務或治療是否為醫療所必需、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，進行公正的審查。管理局亦設有免付費電話號碼 (**1-888-466-2219**) 以及為聽障和語障人士提供的聽障專線 (**1-877-688-9891**)。管理局的網站 www.dmhc.ca.gov 提供投訴表、IMR 申請表及說明。

6003757 (8/2013), (9/2019), (01/2020)