

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 (聽障專線 (TTY)：711)。表格填好後請提交至：Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348。傳真號碼：(877) 831-6019。

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，在致電 Department of Managed Health Care 之前，請先撥 **1-800-675-6110, TTY: 711** 聯絡您的健保計畫，並利用您健保計畫的申訴程序。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 Department of Managed Health Care 尋求協助。您也可能符合獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 的資格。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 (Telecommunication Device for the Deaf, TDD) (**1-877-688-9891**)。Department of Managed Health Care 網站 www.dmhc.ca.gov 有提供線上投訴表、獨立醫療審查 (IMR) 申請表及相關說明。