

Health Net of California (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 1-800-839-2172 聯絡 Health Net 會員服務部或前往 [www.healthnet.com](http://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 1-800-839-2172 聯絡 Health Net 的會員服務部。  
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](http://www.healthnet.com)
- 填寫此表格並透過郵寄或傳真提交

**郵寄：**Health Net of California

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。

# Member Appeal or Grievance Form



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：
理賠編號：	參考編號：

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：附上拒絕函的複本。

--

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

對於因取消、撤銷保險或不續保以外的原因而提出的申訴，您必須在導致您想申訴的事件或行動發生之日後的 365 個日曆天內，向 Health Net 提出申訴或上訴。對於針對取消、撤銷或不續保所提出的申訴，您必須在終止通知起的 180 天內向 Health Net 提出申訴。請包括您 Health Net 會員卡上的所有資訊以及顧慮或問題的詳細資訊。

如果您的上訴或申訴很緊急，您或可要求進行「特急審查」。如果您的上訴涉及對您健康的立即且嚴重的威脅，包括但不限於劇痛、可能喪失生命、四肢或重大身體機能，您的上訴可自收到後的 3 個日曆天內審查。

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。該信函也將為您提供處理您請求的 Health Net 個案協調員的姓名、地址和電話號碼，以及收到您請求的日期。

您可以聯絡 Health Net 的上訴與申訴部以討論您的請求。自收到請求之日起的三十 (30) 個日曆天內，Health Net 的個案協調員將郵寄一封書面信函，概述對您的上訴或申訴的解決方式。

如果您有 Health Net 尚未解決的申訴或上訴，或者您對解決方式感到不滿，您都可以隨時聯絡 Department of Managed Health Care (DMHC)。



## **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 **(1-800-839-2172，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。您也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。

## **Senate Bill (SB) 923 包含跨性別、多元性別或雙性人 (TGI) 的照護法案**

如果您的醫療服務提供者或 Health Net 工作人員未能為您提供跨包容照護，您有權向 Health Net 和 DMHC 提出投訴。

包含跨性別的醫療保健是指為認同自己是 TGI 的個人所提供的符合照護標準的綜合醫療保健，它尊重個人的個人身體自主權、不假設個人的性別、接受性別流動性和非傳統的性別陳述，並且以慈心、理解和尊重對待所有人 [HSC § 1367.043(d)(3)]。

### 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