

## Member Appeal or Grievance Form



在Health Net of California (Health Net), 您的顾虑对我们很重要。如果您不同意某项决定, 您或其他人可以对被拒绝的服务提出上诉。如果您对所接受的护理或治疗不满意, 可以提出申诉。

如果您的医疗服务提供者或您选择的某人代表您提出上诉或申诉, 必须提供您的书面授权。我们可能需要您的书面授权才能针对您的上诉或申诉获取医疗记录。您可以致电 1-800-522-0088联系 Health Net 会员服务部, 或访问 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) 获取这些表格。

- 授权代表表格
- 医疗记录授权表

请提供与您的上诉或申诉相关的任何文件或信息。您可以选择以下任何一种方式来提交您的上诉或申诉。

- 致电 1-800-522-0088 联系 Health Net 会员服务部。  
如果您需要, 我们可以提供语言服务。
- 听语障人士请使用 711 (TTY) 专线
- 在线填写上诉或申诉表: [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)
- 填写此表格并通过邮寄或传真提交

**邮寄:** Health Net of California  
Attn: Member Appeals and Grievance Department  
PO Box 10348  
Van Nuys, CA 91410-0348  
*或者*  
**传真号:** 1-877-831-6019

会员材料备有其他格式, 如盲文、大字版、音频等。

## Member Appeal or Grievance Form



| 第 1 部分：会员信息 |         |       |
|-------------|---------|-------|
| 名字和姓氏：      | 编号：     | 出生日期： |
| 地址：         | 城市：     | 邮政编码： |
| 电话号码：       | 最佳致电时间： |       |

| 第 2 部分：上诉或申诉相关信息 |          |
|------------------|----------|
| 医疗服务提供者姓名：       | 服务/事件日期： |
| 理赔编号：            | 参考编号：    |

告诉我们您的顾虑和您想要采取的行动。请包括：医疗服务提供者姓名、服务日期、理赔或参考编号。

上诉：附上拒绝信的副本。

## Member Appeal or Grievance Form



如果您被拒绝接受实验性治疗或用品并且患有绝症，您可以要求召开会议。

我身患绝症，特此请求召开会议。

### 第 3 部分：请知悉

对于因取消、撤销或不续保以外的原因提出的申诉，您必须在导致您提出申诉的事件或行为发生之日起 365 个日历日内向 Health Net 提出申诉或上诉。对于有关取消、撤销或不续保的申诉，您必须在终止通知发出后 180 天内向 Health Net 提出申诉。请附上您的 Health Net 会员卡上的所有信息以及疑虑或问题的详细信息。

如果您的上诉或申诉很紧急，您可以要求进行“加急审查”。如果您的申诉涉及对您健康的紧迫和严重威胁，包括但不限于剧烈疼痛、可能丧失生命、肢体或主要身体功能，我们将在收到您的上诉后的 3 个日历日内对其进行审查。

一旦我们收到您的上诉或申诉，您将在五 (5) 个日历日内收到一封信。

信中还将提供负责处理您请求的 Health Net 个案协调员的姓名、地址和电话号码，以及收到您请求的日期。

您可以联系 Health Net 上诉与申诉部门讨论您的请求。自收到请求之日起三十 (30) 个日历日内，Health Net 个案协调员将邮寄一封书面信函，概述对您的上诉或申诉的解决方案。

如果您的申诉或上诉未得到 Health Net 的解决或结果未能令您满意，您可以随时联系 Department of Managed Health Care (DMHC)。

## Member Appeal or Grievance Form



### **California Department of Managed Health Care (DMHC)**

California Department of Managed Health Care 负责规管医疗保健服务计划。如您想对您的健保计划提出申诉，在联系该部门之前，请先致电您的健保计划**(1-800-522-0088, TTY:711)**，并利用您健保计划的申诉程序。利用此申诉程序并不会妨碍您的任何潜在法定权利或可以使用的补救措施。如果您需要协助处理涉及紧急情况的申诉、您的健保计划尚未圆满解决的申诉、或在提出 30 天后仍未解决的申诉，则可致电该部门寻求协助。您也可能符合独立医疗审查 (Independent Medical Review, IMR) 的资格。如果您符合独立医疗审查 (IMR) 的资格，独立医疗审查 (IMR) 程序则会就健保计划对提议之服务或治疗的医疗必要性、对实验或研究性质治疗的承保决定，以及急诊或紧急医疗服务给付争议等相关医疗决定，进行公正的审查。该部门也设有免付电话号码 **(1-888-466-2219)**，以及为听语障人士提供的听障专线 (Telecommunication Device for the Deaf, TDD) **(1-877-688-9891)**。该部门网站 **www.dmhc.ca.gov** 在线提供投诉表、独立医疗审查 (IMR) 申请表及相关说明。

### **923 号参议院法案 (SB): 跨性别者、性别多元者或双性人 (TGI) 包容性医疗法案**

如果您的医疗服务提供者或 Health Net 工作人员未能为您提供跨性别包容性医疗服务，您有权向 Health Net 和 DMHC 提出投诉。

跨性别包容性医疗服务被定义为一种综合性医疗服务，它符合被认定为 TGI 的个人的护理标准，尊重个人的身体自主权，不对个人的性别做出假设，接纳性别流动性和非传统的性别表现，并以同理心、理解和尊重对待每个人 [HSC § 1367.043(d)(3)]。

#### **第 4 部分：签名**

---

会员或授权代表签名

---

日期

---

工整书写会员或授权代表姓名