



Health Net of California, Inc

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。

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繼續維持高標準的必要資訊。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，要求特急審查。

加州醫療保健計畫管理局負責管理健康照護服務計畫。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。利用此申訴程序提起申訴並不會妨礙任何潛在法定權利或您可以採取的補救措施。如果您所求助的申訴涉及緊急狀況，或您的健保計畫對申訴的處理未能讓您滿意，或者您的申訴超過 **30** 天仍未得到解決，您可致電管理局請求協助。您可能也有資格可接受獨立醫療審查 (IMR)。如果您有接受 IMR 的資格，則 IMR 流程將會針對健保計畫對提議的服務或治療是否為醫療所需而做成的醫療決定、實驗性或研究性的治療是否屬於承保範圍的決定，以及有關急診或緊急醫療服務付款爭議，進行公正無私的審查。管理局也設有免付費電話 (**1-888-HMO-2219**)，並提供聽語障專線 (**1-877-688-9891**)。管理局網站 <http://www.hmohelp.ca.gov> 提供投訴表、IMR 申請表和說明。

6003757 (4/2013)