



OptumHealth Physical Health of California  
(ACN Group of California, Inc.)  
會員申訴表 - 大字版

如果您在聯繫 ACN Group of California, Inc. (ACNCA)、ACNCA 的合約醫療護理提供者或其代表時有任何方面令您感到不滿，包括無法提供跨性別友善護理在內，請填妥本表格並寄回至本表格中提供的地址。

提交申訴者的資訊：

姓名： \_\_\_\_\_  
地址： \_\_\_\_\_  
城市： \_\_\_\_\_ 街道名稱： \_\_\_\_\_ 郵遞區號： \_\_\_\_\_  
電話號碼： ( ) \_\_\_\_\_

與病患的關係：

本人  個人代表  僱主   
病患的醫療執業人員  其他  \_\_\_\_\_

病患資訊：

姓名： \_\_\_\_\_  
病患的健保計劃： \_\_\_\_\_  
病患編號： \_\_\_\_\_  
出生日期 (DOB)： \_\_\_\_\_

診療醫療護理提供者的資訊：

姓名： 專科： \_\_\_\_\_  
地址： \_\_\_\_\_  
城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵遞區號： \_\_\_\_\_  
電話號碼： ( ) \_\_\_\_\_





我證明，我以上填寫的所有資訊都是真實資訊。

---

簽名

---

日期

填妥表格後，請依下列資訊郵寄：

OptumHealth Physical Health of California  
P.O. Box 880009  
San Diego, CA 92168  
Attention: Grievance Coordinator

請參閱第 4 頁，查詢有關會員申訴權利的重要資訊

## California 健康護理管理局通知申訴流程及獨立醫療審查

California 健康護理管理局負責監管健康護理服務計劃。如果您想對您的健保計劃提出申訴，首先應致電您的健保計劃，電話 **1-800-428-6337** 或聽力語言殘障服務專線 (TDD)

**1-888-877-5379**，透過您健保計劃的申訴流程提出申訴，之後再與管理局聯絡。使用此申訴程序並不會妨礙您行使任何潛在法定權利或您可能可以採取的救濟措施。如果您有涉及緊急狀況的申訴需要協助、您的健保計劃對申訴的處理未能讓您滿意，或者申訴超過 30 天仍未得到解決，您可致電管理局尋求協助。您亦可能符合接受獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 的資格。如果您符合進行獨立醫療審查 (IMR) 的資格，獨立醫療審查 (IMR) 流程則會對健保計劃針對後述事項所做的醫療決定進行公正的審查：提議的服務或治療是否具有醫療必要性、實驗性質或研究性質的治療是否屬於承保範圍的決定，以及急診或緊急醫療服務的付款爭議。管理局也設有免付費電話 (**1-888-466-2219**)，並為聽語障人士提供聽力語言殘障服務專線 (TDD) (**1-877-688-9891**)。管理局的網站 **www.dmhca.ca.gov** 有提供網上投訴表、獨立醫療審查 (IMR) 申請表及說明。

如果您認為您的健康承保已經或將會遭到不當取消、撤銷或不續約，您也可以致電管理局請求協助。