

OptumHealth Physical Health of California  
(ACN Group of California, Inc.)

會員申訴申請表 – 大字版

若您在聯絡 ACN Group of California, Inc.、ACN 簽約醫療服務提供者或其代表的過程中有任何不滿之處，請填妥本表格，然後寄至本表提供的地址。

申訴人資訊：

姓名： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州 加州 郵遞區號 \_\_\_\_\_

電話號碼： (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

與病患的關係：

本人       個人代理人       僱主

病患的醫師  其他 \_\_\_\_\_

病患資訊：

姓名： \_\_\_\_\_

病患健康計畫： \_\_\_\_\_

病患會員卡號碼： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

診治醫療服務提供者資訊：

姓名：\_\_\_\_\_ 專科：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

電話號碼：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

請參閱第 4 頁中有關會員申訴權利的重要資訊

請盡可能詳細說明您的申訴內容，包括日期與姓名(名稱)。請附上收據或輔助文件複本，作為自付服務的證明。我們將在收到申訴起五(5)個日曆天之內通知您。我們將在收到申訴起三十(30)個日曆天之內給您書面答覆。如果表格空間不夠，您可另行加頁。

申訴內容：

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

請參閱第 4 頁中有關會員申訴權利的重要資訊

本人證明上述所填寫的所有資訊屬實。

---

簽名

---

日期

請將填妥之表格郵寄至下列地址：

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

請參閱第 4 頁中有關會員申訴權利的重要資訊

## 加州醫療保健計畫管理局通知

### 申訴程序與獨立醫療審查

加州醫療保健計畫管理局負責管理健康保健服務計畫。如果您想對您的健康計畫提起申訴，您首先應致電您的健康計畫，電話是 **1-800-428-6337**，或洽聽語障服務專線 **1-(888) 877-5379 (語音)**，或 **1-(888) 877-5378 (聽語障專線)**，利用健康計畫的申訴程序提起申訴，之後再與管理局聯絡。利用此申訴程序提起申訴並不會妨礙您可能擁有的任何潛在法定權利或採取的救濟措施。如果您的申訴案件涉及緊急情況事關緊急，或是未獲醫療保健健康計畫公司妥善處理，又或是超過 30 天仍未獲得解決時，您可致電管理局請求協助。您可能有資格可接受獨立醫療審查 (簡稱醫審)。如果您有接受醫審的資格，則醫審程序將會針對健康計畫對提議之服務或治療是否為醫療所必須、實驗性或研究性的治療是否屬於承保範圍，以及有關急診或緊急醫療服務付款爭議而做成的醫療決定，進行公正的審查。管理局也設有免付費電話 **(1-888-HMO-2219)**，也為聽障人士提供專線電話 **(1-877-688-9891)**。可至管理局網站 (<http://www.hmohelp.ca.gov>) 下載抱怨書表格、醫審申請表和說明。