

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. 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

本人證明上述所填寫的醫療保單歸屬管理局通知
申訴程序與獨立醫療審查

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

加州醫療保健計劃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劃提起申訴，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，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。管理局亦設有免付費電話 **(1-888-466-2219)**，以及為聽語障人士提供的聽障專線電話 **(1-877-688-9891)**。可至管理局網站 www.dmhc.ca.gov 下載投訴表格、醫審申請表和說明。

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。

English

IMPORTANT LANGUAGE INFORMATION:

You may be entitled to the rights and services below. You can get an interpreter or translation services at no charge. Written information may also be available in some languages at no charge. To get help in your language, please call your health plan at: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. If you need more help, call HEALTH PLAN Help Line at 1-888-466-2219.

Spanish

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE IDIOMAS:

Es probable que usted disponga de los derechos y servicios a continuación. Puede pedir un intérprete o servicios de traducción sin cargo. Es posible que tenga disponible documentación impresa en algunos idiomas sin cargo. Para recibir ayuda en su idioma, llame a su plan de salud de ACN Group of California, Inc. al 1-800-428-6337 / TTY: 711. Si necesita más ayuda, llame a la línea de ayuda de la HEALTH PLAN al 1-888-466-2219.

Chinese

重要語言資訊：

您可能有資格享有下列權利並取得下列服務。您可以免費獲取口譯員或翻譯服務。部分語言亦備有免費書面資訊。如需取得您語言的協助，請撥打下列電話與您的健保計畫聯絡：ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / 聽力語言殘障服務專線 (TTY)：711。若您需要更多協助，請撥打 HEALTH PLAN 協助專線1-888-466-2219。

Arabic

معلومات مهمة عن اللغة:

ربما تكون مؤهلاً للحصول على الحقوق والخدمات أدناه. فيمكنك الحصول على مترجم فوري أو خدمات الترجمة بدون رسوم. وربما تتوفر أيضاً المعلومات المكتوبة بعدة لغات بدون رسوم. وللحصول على مساعدة بلغتك، يُرجى الاتصال بخطتك الصحية على: ACN Group of California, Inc. على الرقم 1-800-428-6337 / TTY: 711. وإذا احتجت لمزيد من المساعدة، يمكنك الاتصال بخط المساعدة التابع لـ HEALTH PLAN على الرقم 1-888-466-2219.

Armenian

ԿԱՐԵՎՈՐ ԼԵՉՎԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ՝

Հավանաբար է, որ Ձեզ հասանելի լինեն հետևյալ իրավունքներն ու ծառայությունները: Կարող եք ստանալ բանավոր թարգմանչի կամ թարգմանության անվճար ծառայություններ: Հնարավոր է, որ մի շարք լեզուներով նաև առկա լինի անվճար գրավոր տեղեկություն: Ձեր լեզվով օգնություն ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Ձեր առողջապահական ծրագիր՝ ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY՝ 711 համարով: Հավելյալ օգնության կարիքի դեպքում, զանգահարեք HEALTH PLAN-ի Օգնության հեռախոսագիծ 1-888-466-2219 համարով:

Cambodian

ព័ត៌មានសំខាន់អំពីភាសា:

អ្នកអាចនឹងមានសិទ្ធិ ចំពោះសិទ្ធិ និងសេវានៅខាងក្រោម។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ ឬសេវាការបកប្រែ ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ព័ត៌មានដែលបានសរសេរ ក៏អាចនឹងមានជាភាសាមួយចំនួន ដោយឥតគិតថ្លៃដែរ។ ដើម្បីទទួលបានជំនួយជាភាសា របស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក នៅ៖ ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយថែមទៀត ហៅខ្សែទូរស័ព្ទជំនួយ HEALTH PLAN តាមលេខ 1-888-466-2219។

Farsi

اطلاعات مهم در مورد زبان:

شما ممکن است برای حقوق و خدمات زیر واجد شرایط باشید. می توانید خدمات مترجم شفاهی یا ترجمه را بدون پرداخت هزینه دریافت کنید. اطلاعات کتبی نیز ممکن است بدون پرداخت هزینه به برخی زبان ها موجود باشد. برای دریافت کمک و راهنمایی به زبان خودتان، لطفاً با برنامه درمانی: ACN Group of California, Inc. به شماره 1-800-428-6337/TTY: 711 تماس بگیرید. اگر به کمک و راهنمایی بیشتری نیاز دارید، با خط دریافت کمک و راهنمایی HEALTH PLAN به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید.

Hindi

भाषा-संबंधी महत्वपूर्ण जानकारी:

आप निम्नलिखित अधिकारों और सेवाओं के हकदार हो सकते हैं। आपको मुफ्त में एक दुभाषिया या अनुवाद सेवाएँ उपलब्ध कराई जा सकती हैं। कुछ भाषाओं में लिखित जानकारी भी मुफ्त में उपलब्ध कराई जा सकती है। अपनी भाषा में सहायता प्राप्त करने के लिए, कृपया अपने स्वास्थ्य प्लान को यहाँ कॉल करें: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711 पर। यदि आपको अधिक सहायता की आवश्यकता है, तो HEALTH PLAN Help Line को 1-888-466-2219 पर कॉल करें।

Hmong

NCAUJ LUS TSEEM CEEB TXOG KEV TXUAS LUS:

Tej zaum koj yuav tsim nyog tau cov cai thiab kev pab cuam hauv qab no. Koj yuav tau ib tug kws txhais lus los sis txhais ntawv pub dawb. Yuav puav leej txhais tau cov ntaub ntawv ua qee hom lus pub dawb. Kom tau kev pab rau koj hom lus, thov hu rau qhov chaw pab them nqi kho mob rau rau koj ntawm: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. Yog koj xav tau kev pab ntxiv, hu rau HEALTH PLAN Help Line ntawm tus xov tooj 1-888-466-2219.

Japanese

言語支援サービスについての重要なお知らせ :

お客様には、以下のような権利があり、必要なサービスをご利用いただけます。お客様は、通訳または翻訳のサービスを無料でご利用いただけます。言語によっては、文書化された情報を無料でご利用できる場合もあります。ご希望の言語による援助をご希望の方は、お客様の医療保険プランにご連絡ください : ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. この他のサポートが必要な場合には、HEALTH PLAN Help Lineに1-888-466-2219にてお問い合わせください。

Korean

중요 언어 정보:

귀하는 아래와 같은 권리 및 서비스를 누리실 수 있습니다. 귀하는 통역 혹은 번역 서비스를 비용 부담없이 이용하실 수 있습니다. 일부 언어의 경우 서면 번역 서비스 또한 비용 부담없이 제공될 수도 있습니다. 귀하의 언어 지원 서비스가 필요하시면 귀하의 건강보험에 다음 전화번호로 문의하십시오. ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. 더 많은 도움이 필요하신 분은 HEALTH PLAN 헬프 라인(안내번호: 1-888-466-2219)으로 문의하십시오.

Punjabi

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ:

ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ 'ਤੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆਂ ਜਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੁਝ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿਚ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਖਰਚੇ ਦੇ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: `ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ HEALTH PLAN ਹੈਲਪ ਲਾਈਨ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-466-2219।

Russian

ВАЖНАЯ ЯЗЫКОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Вам могут полагаться следующие права и услуги. Вы можете получить бесплатную помощь устного переводчика или письменный перевод. Письменная информация может быть также доступна на ряде языков бесплатно. Чтобы получить помощь на вашем языке, пожалуйста, позвоните по номеру вашего плана: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / линия TTY: 711. Если вам все еще требуется помощь, позвоните в службу поддержки HEALTH PLAN по телефону 1-888-466-2219.

Tagalog

MAHALAGANG IMPORMASYON SA WIKA:

Maaaring kwalipikado ka sa mga karapatan at serbisyo sa ibaba. Maaari kang kumuha ng interpreter o mga serbisyo sa pagsasalin nang walang bayad. Maaaring may available ding libreng nakasulat na impormasyon sa ilang wika. Upang makatanggap ng tulong sa iyong wika, mangyaring tumawag sa iyong planong pangkalusugan sa: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. Kung kailangan mo ng higit pang tulong, tumawag sa HEALTH PLAN Help Line sa 1-888-466-2219.

Thai

ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับภาษา :

คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับสิทธิและบริการต่าง ๆ ด้านล่างนี้ คุณสามารถขอล่ามแปลภาษาหรือบริการแปลภาษาได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด นอกจากนี้ ยังอาจมีข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรบางภาษาให้ด้วยโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด หากต้องการขอความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ

โปรดโทรศัพท์ถึงแผนสุขภาพของคุณที่ : ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 /

สำหรับผู้มีความบกพร่องทางการฟัง : 711 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม

โปรดโทรศัพท์ถึงศูนย์ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับ HEALTH PLAN ที่หมายเลขโทรศัพท์ 1-888-466-2219

Vietnamese

THÔNG TIN QUAN TRỌNG VỀ NGÔN NGỮ:

Quý vị có thể được hưởng các quyền và dịch vụ dưới đây. Quý vị có thể yêu cầu được cung cấp một thông dịch viên hoặc các dịch vụ dịch thuật miễn phí. Thông tin bằng văn bản cũng có thể sẵn có ở một số ngôn ngữ miễn phí. Để nhận trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, vui lòng gọi cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị tại: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. Nếu quý vị cần trợ giúp thêm, xin gọi Đường dây hỗ trợ HEALTH PLAN theo số 1-888-466-2219.

IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM (獨立醫療審 (IMR) 申請/投訴表格)

重要資訊

您可以線上提交您的 **IMR Application/Complaint Form (獨立醫療審 (IMR) 申請/投訴表格)**，網址：
www.HealthHelp.ca.gov

- ❖ **免費**：免費受理 IMR/消費者投訴流程。
- ❖ **快速**：IMR 一般在 45 天內決定，如有緊急健康問題則在 7 天內決定。
- ❖ **成功**：大約百分之 **68** 的病人透過 IMR 得到所請求的服務。
- ❖ **最終決定** 保健計劃必須遵循 IMR 的決定並及時提供服務

病人資料

名字 _____ 中間名首字母 _____ 姓氏 _____

病人出生日期 (月/日/年) _____

性別: 男 女 別的 _____

家長或監護人姓名 (如果為未成年子女申請) _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵編區號 _____

電話號碼 _____ 電郵地址 _____

您是否想透過此電郵地址接收通訊/信函？ 是 否 如果是，您需要創立密碼以安全接收我們發送的電子郵件。

保健計劃名稱 _____ 病人的會員號碼 _____

醫療團體名稱 (如果屬於醫療團體) _____

僱主 _____

您是否希望他人幫助您辦理投訴？ 是 否

如果是，請填寫隨附的「授權助理表格」。

您是否參加Medi-Cal？ 是 否

如果是，您是否有要求申請State Fair Hearing (州級公平聽證會)？ 是 否

您是否有參加Medicare (聯邦醫療保險) 或Medicare Advantage (聯邦醫療保險優勢計劃) ? 是 否

您是否曾向您的保健計劃提出申訴或投訴? 是 否

您是否想為您已接受的保健服務作出付款要求? 是 否

如果是，列出所有服務的日期，以及護理提供者的名字：

您的健康問題

(如有需要，請用另頁和附加其他文件。)

您是否希望您的保健計劃支付未來的服務? 是 否

您的醫療情況或醫生的診斷是什麼? (請具體說明) _____

您要求什麼治療/服務和/或藥物? (請具體說明) _____

您的保健計劃是否拒絕、延遲或變更您的治療? : 是 否

如果是，請選擇保健計劃所提出的原因：(選擇一項)

非醫療必須

試驗或研究性質

非急診/緊急

非承保福利

其他 (請在下面說明)

列出您的主要護理提供者以及曾為您這種狀況提供看視、治療或指導的其他護理提供者的名字和電話號碼。

您有針對您的情況見過網絡外護理提供者嗎? 是 否

如果有，請將醫療檔案隨本申請書附上。

簡要地描述您關於您的保健計劃的問題。例如，解釋您是否在被拒絕治療、不獲付款、預約醫生或領取藥物上遇到困難，或者您的承保範圍已經被您的保健計劃取消。

醫療授權書

我請求醫療保健管理部 (管理部) 為我的保健計劃問題作出決定。我請求管理部審查我的IMR Application/Complaint Form (獨立醫療審查 (IMR) 申請/投訴表格)，以確定我的投訴是否符合IMR或管理部投訴流程的資格。我允許我以往和目前的護理提供者以及保健計劃為審查這一問題而提供我的醫療記錄和資料。這些記錄可能包括醫療、心理健康、藥物濫用、愛滋

病毒、影像學診斷報告和其他有關我的情況的記錄。這些記錄還可能包括非醫療記錄和任何其他有關我的情況的資訊。我允許管理部審查這些記錄和資料，並將其發送給我的保健計劃。我對此的許可將於下述日期一年後結束，法律允許的情況除外。例如，法律允許管理部繼續在內部使用我的資訊。如果我願意，我可以提早結束我的許可。我在本表格中提供的所有資訊全部屬實。

病人或家長姓名 (正楷) _____

病人或家長簽名 _____ 日期 _____

請參閱說明書查看郵寄或傳真方式。

統計資訊

您被要求自願提供以下資訊。提供此資訊將會幫助管理部識別任何問題的模式。健康及安全法第1374.30條授予管理部獲取此資訊作為研究和統計之用。提供此資訊是可選的，並不會以任何方式影響IMR或投訴的決定。

主要語言： _____

您是否希望我們使用您的主要語言與您進行通訊/通信？ 是

種族/族裔： _____

授權助理表格

- 如果您想給予他人許可權，以協助您辦理獨立醫療審查 (IMR) 或投訴，請填寫以下的A部分和B部分。
- 如果您是家長或法定監護人，為18歲以下的子女提交本IMR/投訴表格，您並不需要填寫此表格。
- 如果您替另一位病人填寫本IMR/投訴表格，而該病人無能力或喪失勞動能力，並且您有代表該病人行事的法定權力，您只需填寫B部分。並附上一份醫療護理授權書的影印本或其他說明您有權為該病人做決定的文件。

A部分：由病人填寫

我允許下面 B 部分指定人士幫助我處理我提交給 Department of Managed Health Care (保健管理部) (管理部) 的 IMR 或投訴。我允許管理部和 IMR 的工作人員將我的醫療狀況和護理資訊提供給以下指定人士。此資訊可能包括心理健康治療、愛滋病毒治療或測試、酒精或藥物治療或其他醫療資訊。

我理解只有與我的 IMR 或投訴有關的資訊才會被提供。

我自願同意此協助，並有權撤銷此授權書。如果我希望撤銷授權，我必須以書面形式提出。

病人姓名 (正楷) _____

病人簽名 _____ 日期 _____

B部分：由病人的協助者填寫

協助者姓名 (正楷) _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵編區號 _____

與病人的關係 _____

主要電話號碼 _____

次要電話號碼 _____

電郵地址 _____

附上我的醫療護理授權書或其他相關的法律文件。

獨立醫療審查 (IMR) 申請/投訴表格說明書

如有任何疑問，請致電管理部，電話 1-888-466-2219 或 TDD (聽障者專用電話) 1-877-688-9891。電話是免費的。

提交之前：

在大多數情況下，您必須完成您的保健計劃的投訴或申訴流程，然後才能向管理部提交投訴或 IMR 申請。您的保健計劃必須在 30 天內作出決定；如果您的問題會對您的健康造成急迫和嚴重的威脅，您的保健計劃則須在 3 天之內作出決定。

如果您的保健計劃因治療屬於試驗性或研究性而拒絕您的治療，您無需在提交 IMR 申請前參與您保健計劃的投訴或申訴流程。

您必須在您的保健計劃書面回應您的上訴後六個月內申請 IMR。如有特殊情況使您無法及時提交，您仍可在六個月後提交您的申請。請務必注意，如果您決定不向管理部投訴具有 IMR 資格的問題，您可能放棄了您所請求的服務或治療，對您的保健計劃採取法律行動的權利。

如何提交：

1. 線上提交，網址 www.HealthHelp.ca.gov。[這是最快的方法。]

或

填寫並簽署附上的 IMR 申請/投訴表格。

2. 如果您需要別人幫助您辦理 IMR 或投訴，請填寫「授權助理表格」。您與您的授權助理都必須簽署此表格。
3. 如果您有來自**網絡外護理提供者**的醫療記錄，請將醫療記錄隨您的 IMR 申請/投訴表格附上。您的保健計劃將提供網絡內護理提供者的醫療記錄。
4. 您可以附上其他支援您請求的文件。但是，沒有必要提供任何您和您的保健計劃有關此投訴的文件或信函。管理部將直接從您的保健計劃處獲取此資訊，作為調查的一部分。
5. 如果您不是線上提交，請郵寄或傳真將您的表格和任何輔助文件寄至：

Department of Managed Health Care Help Center
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

下一步會發生什麼？

管理部將確定您的個案是否具備 IMR 的資格。如果保健服務因醫療必要性或試驗性/研究性而被延遲、變更或拒絕，則此個案符合 IMR 資格。

不符合 IMR 資格的個案將透過消費者投訴流程進行處理。該等個案涉及以下問題，如：非承保福利的保健服務被拒、索賠付款糾紛、承保取消、護理品質、免賠額/自付額費用。

管理部將在七天之內發信給您，告知您是否具有 IMR 的資格。如果管理部確定您的投訴具有 IMR 的資格，您的個案將會為您分配一名本州的承保人進行審查。本州的承保人也被稱為獨立醫療審查組織。支援中心擁有與您的投訴相關的所有資訊，包括您的醫療記錄，將被發送至審查組織。審查組織通常在 45 天內作出決定，如您的情況緊急則 7 天內決定。管理部將就有關決定向您發出信函。

如果管理部確定您的投訴應當透過消費者投訴流程進行審查，則其將在 30 天內作出有關您的問題的決定。管理部將就有關決定向您發出信函。

1977 年資訊處理法案 (加州民事訴訟法典第 1798.17 條) 要求通知如下。

- 加州 Knox-Keene Act (洛克斯基恩法案) 賦予管理部規管保健計劃和調查保健計劃成員投訴的權利。
- 管理部支援中心使用您的個人資料調查您的保健計劃問題，並為具備 IMR 資格的人士提供 IMR。
- 向管理部提供這些資訊系出於自願。提供這些資訊並非強制性的。但是，如果您不提供這些資訊，管理部可能無法調查您的投訴或提供 IMR。
- 如有需要，管理部可能會將您的個人資料提供給保健計劃、護理提供者或調查 IMR 的審查組織。
- 管理部也可以根據法律要求或准許，將您的個人資料提供給其他政府機構。
- 您有權參閱您的個人資料。如欲參閱您的個人資料，請聯繫管理部的記錄請求協調員，
Department of Managed Health Care (保健管理部) 法律服務辦公室，980 9th Street Suite 500,
Sacramento CA 95814-2725，或致電 916-322-6727。