



## 提出上诉所需的信息

- 如果会员收到有关拒绝理赔或延迟、修改或拒绝所请求服务的行动通知 ( NOA ) 函，则可以向健康计划提出上诉/重新考虑请求。
- 可以通过电话或线上提出请求，但必须以书面形式跟进，并由会员或会员的法定代表人签名。
- 对于我们的 Medi-Cal 会员，此请求必须在收到 NOA 后的 60 天内提出。
- 对于我们的商业会员，此请求必须在收到 NOA 后的 180 天内提出。

收到行动通知(NO A) 拒绝函的日期：\_\_\_\_\_

### 一般上诉说明

请提供尽可能多的详细信息，包括拒绝索赔或服务的日期以及您认为需要考虑的任何其他信息。健康计划有 30 天的时间来回复您的上诉，您将收到最终决议通知：

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 加急上诉说明

如果您认为等待 30 天收到健康计划的回复会损害您的健康，您可能在 72 小时内得到答复。在提出上诉时，应说明为什么等待会损害您的健康。务必提出“加急上诉”。( 请尽可能详细地说明拒绝服务的日期，以及您认为需要考虑的任何其他信息。健康计划有 72 小时来回复您的加急上诉，您将收到最终决议通知。 )：

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

我授权将与此申诉/上诉有关的所有信息（可能包括医疗记录和临床信息）与 Contra Costa Health Plan 共享，目的仅是为了解决此项申诉。

---

会员签名

日期

---

提交申诉/上诉者姓名

与会员关系

日期

电话

如果没有会员本人或会员的法定监护人签名，未经会员明确同意，我们将无法处理申诉/上诉。

如果您愿意，您可以列印此表格并以书面形式提交给：

Contra Costa Health Plan

会员服务

收件人：Grievance / Appeal

595 Center Ave. Ste. 100

Martinez, CA 94553

电子邮件：[member.services@cchealth.org](mailto:member.services@cchealth.org)

[www.contracostahealthplan.org](http://www.contracostahealthplan.org)

向管理式医疗保健部 (DMHC) 提出投诉

### 管理式医疗保健部 (DMHC)

加州管理式医疗保健部负责监管医疗保健服务计划。如果您对自己的健康计划表示不满，在联系该部门之前，您应首先致电健康计划（Contra Costa Health Plan，电话：1-877-661-6230，按 2），并使用您的健康计划的申诉流程。使用此申诉流程并不妨碍您可能获得的任何潜在法律权利或补救措施。

如果您需要协助处理涉及紧急情况的申诉、无法通过健康计划圆满解决的申诉，或者超过 30 天仍未解决的申诉，您可以致电该部门寻求协助。您可能也有资格申请独立医学审查 (IMR)。如果您有资格申请 IMR，IMR 流程将对健康计划所作出的医疗决定进行公正的审核，包括提出的服务或治疗的医疗必要性、实验性或试验性治疗的承保决定，以及急诊或紧急医疗服务的费用争议。

该部门还设有免费电话号码（1-888-466-2219）及 TDD 电话（1-877-688-9891）供听力或语言障碍者使用。该部门的网站 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) 提供投诉表格、IMR 申请表和线上说明