

注意：如果您的申訴涉及未能提供跨性別包容照護，您的投訴將依據《加利福尼亞健康與安全法》第 1367.043 條進行審查。若申訴屬實，相關人員可能需完成以實證為基礎的文化能力訓練。

提出上訴所需的資訊

- 如果會員收到有關拒絕理賠或延遲、修改或拒絕所請求服務的行動通知 (NOA) 函，則可以向健康計劃提出上訴 / 重新考慮請求。
- 可以透過電話或線上提出請求，但必須以書面形式跟進，並由會員或會員的法定代表人簽名。
- 對於我們的 Medi-Cal 會員，此請求必須在收到 NOA 後的 60 天內提出。
- 對於我們的商業會員，此請求必須在收到 NOA 後的 180 天內提出。

收到行動通知 (NOA) 拒絕函的日期：_____

一般上訴說明

請盡量提供詳細的資訊，包括拒絕索賠或服務的日期，以及您認為需要考慮的任何其他資訊。健康計劃有 30 天的時間來回覆您的上訴，您將收到最終決議通知：

加急上訴說明

如果您認為等待 30 天收到健康計劃的回覆會損害您的健康，您可能會在 72 小時內得到答覆。在提出上訴時，應說明為什麼等待會損害您的健康。務必提出「加急上訴」。(請盡可能詳細地說明拒絕服務的日期，以及您認為需要考慮的任何其他資訊。健康計劃有 72 小時來回覆您的加急上訴，您將收到最終決議通知。)：

我授權將與此申訴 / 上訴有關的所有資訊 (可能包括醫療記錄和臨床資訊) 與 Contra Costa Health Plan 分享，目的僅是為了解決此項申訴。

會員簽名

日期

提交申訴/上訴者姓名

與會員關係

日期

電話

如果沒有會員本人或會員的法定監護人簽名，未經會員明確同意，我們將無法處理申訴 / 上訴。

如果您願意，您可以列印此表格並以書面形式提交給：

Contra Costa Health Plan

會員服務

收件人：Grievance / Appeal

595 Center Ave. Ste. 100

Martinez, CA 94553

電子郵件：member.services@cchealth.org

www.contracostahealthplan.org

向管理式醫療保健部 (DMHC) 提出投訴

管理式醫療保健部 (DMHC)

加州管理式醫療保健部負責監管醫療保健服務計劃。如果您對自己的健康計劃表示不滿，在聯絡該部門之前，您應首先致電健康計劃 (Contra Costa Health Plan，電話：1-877-661-6230，按 2)，並使用您的健康計劃的申訴流程。使用此申訴流程並不妨礙您可能獲得的任何潛在法律權利或補救措施。

如果您需要協助處理涉及緊急情況的申訴、無法透過健康計劃圓滿解決的申訴，或者超過 30 天仍未解決的申訴，您可以致電該部門尋求協助。您可能也有資格申請獨立醫學審查 (IMR)。如果您有資格申請 IMR，IMR 流程將對健康計劃所作出的醫療決定進行公正的審核，包括提出的服務或治療的醫療必要性、實驗性或試驗性治療的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的費用爭議。

該部門還設有免費電話號碼 (1-888-466-2219) 及 TDD 電話 (1-877-688-9891) 供聽力或語言障礙者使用。該部門的網站 www.dmhc.ca.gov 提供投訴表格、IMR 申請表和線上說明。