

# 申訴表

會員姓名 \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

電話號碼：（宅） \_\_\_\_\_ （公） \_\_\_\_\_

請由下列擇一：

申訴 — 您因為我們對於福利或索賠支付決定以外的理由感到不滿嗎？

上訴 — 您因為我們對於福利或索賠支付的決定而感到不滿嗎？

請詳細描述您的疑慮，包括名字、日期、服務地點、當天時間以及發生的問題。若可以，請陳述為什麼 **UnitedHealthcare Community Plan** 應該考慮支付不在正常承保範圍的要求服務。請將填寫好的表格郵寄到下方列出的地址。

---

---

---

---

---

---

---

---

您的授權代表姓名、地址和電話號碼（若有）：

---

（簽名）

（日期）

會員服務  
**UnitedHealthcare Community Plan of California**  
**Grievance and Appeals**  
**P.O. Box 31364**  
**Salt Lake City, UT 84131-0364**

加州醫療保健管理部門負責管控醫療護理服務計劃。如果您對您的健康計劃有所申訴，應先致電健康計劃 **1-866-270-5785**，**聽障專線 (TTY)711**，並使用健康計劃的申訴管道，之後才聯絡醫療保健管理部門。使用申訴管道不會阻礙您的任何潛在法定權利，或是可能得到的救濟。如果您針對有關急症的申訴、保健計劃未能完善解決的申訴，或是超過 **30** 天仍未解決的申訴需要協助，您可以致電醫療保健管理部門尋求協助。您亦可能符合獨立醫療審查（**Independent Medical Review, IMR**）資格。如果您符合 **IMR** 資格，**IMR** 流程將針對保健計劃對於要求服務治療的醫療必要性做出的醫療決定、對於實驗或研究性質治療做出的承保決定，以及對於急症或緊急醫療服務的支付爭議，提供公正審查。醫療保健管理部門亦有免付費電話 **(1-888-466-2219)** 和 **TDD 專線 (1-877-688-9891)** 供聽力和語言困難者使用。醫療保健管理部門的網站 **[www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)** 上有申訴表格、**IMR** 申請表和線上指示。