

## 會員申訴表

如果您在聯絡 OptumHealth Behavioral Solutions of California (OHBS-CA) (也稱為 U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHC)) 或其代表時有任何不滿意之處，請填妥本表格並寄回下列地址或傳真至下列號碼。

**請提供和本報告有關的醫療服務提供者的姓名 / 名稱、地址及電話號碼：**

---

---

**請儘量詳細說明您申訴的內容，包括日期與姓名 / 名稱：**

---

---

---

---

---

---

---

---

**請填寫下列資訊：**

會員姓名：\_\_\_\_\_ 會員出生日期：\_\_\_\_\_

會員地址：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

投保人姓名：\_\_\_\_\_ 與投保人的關係：\_\_\_\_\_

如果本表格並非會員填寫，請加上填表人的姓名、地址以及與會員的關係：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

**請依下列資訊郵寄或傳真填妥的表格：**

OptumHealth Behavioral Solutions of California  
Attn:Grievances and Appeals Department  
P.O. Box 30512  
Salt Lake City, UT 84130-0512  
傳真：1-855-312-1470

您也可以上網 [www.liveandworkwell.com](http://www.liveandworkwell.com) 提出上訴。如欲取得 OHBS-CA 的線上申訴表，請輸入您的存取代碼，登入後點選快速連結 (Quick Links) 部分中的「申訴 / 投訴表」(Grievance/Complaint Form)。

**請參閱第 2 頁中有關會員申訴權利的重要資訊。**

## 會員申訴表

**特急上訴。**遇到正在提供照護的個案，而且是涉及對病患健康有立即且嚴重威脅的情況，包括但不限於劇痛、可能喪失生命、肢體或主要身體機能時，可要求進行特急上訴。您或您的醫療服務提供者應儘快撥打 1-800-999-9585 與 OHBS-CA 聯絡。我們會在適合您臨床病況的情況下儘快審查您的上訴、做成決定，並通知您和治療您的醫療服務提供者，但不會超過 OHBS-CA 收到特急上訴要求後七十二 (72) 個小時。我們會以書面通知您 OHBS-CA 的判定。此外，OHBS-CA 會在收到上訴要求後三 (3) 天內提供加州醫療保健計畫管理局（「管理局」）一份關於特急上訴處理或審理狀態的書面聲明。如果您要求進行特急上訴，您也可以同時要求由加州醫療保健管理局另外進行特急獨立醫療審查。

### 加州醫療保健計畫管理局通知 申訴流程及獨立醫療審查

加州醫療保健計畫管理局負責管理健康照護服務計畫。如果您想對您的健保計畫提出申訴，首先應撥打 **1-800-999-9585** 或聽語障專線 **711** (接線人員要求時，請說「**1-800-985-2410**」)

聯絡您的健保計畫，並使用您健保計畫的申訴流程，之後再與管理局聯絡。透過此申訴程序提出申訴並不會妨礙您可能擁有的任何潛在法律權利或救濟措施。如果您的申訴案件涉及緊急情況，或是未獲健保計畫妥善處理，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。

**您亦可能符合接受獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合 IMR 的資格，IMR 流程將會針對健保計畫對有關建議服務或治療的醫療必要性、是否承保實驗性或研究性治療以及急診或緊急醫療服務付款爭議而做成的醫療決定，進行公正無私的審查。**

管理局也設有免付費電話 **(1-888-HMO-2219)** 或 **(1-888-466-2219)**，並為聽語障人士提供專線 **(1-877-688-9891)**。您可至管理局網站 <http://www.hmohelp.ca.gov> 下載投訴表、醫審申請表和說明。