





American Specialty Health Plans of California, Inc.

请附上可能有助于我们了解您的申诉事项的任何文件之副本。

如果您另附页，请勾选此选框。

请在填写完成的表格上**签名**，并**邮寄**至 P.O. Box 509077, San Diego, CA 92150-9077 或通过**传真**发送至 877-404-2746。或请在适用情况下将填写完成的表格提交给您的主要医疗健康计划。请参阅您的《承保证书》了解更多信息。

日期：\_\_\_\_\_ 会员签名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_ 代表签名：\_\_\_\_\_

#### 会员或会员代表须知：

加州管理式医疗保健部负责监管医疗保健服务计划。如果您对您的健康计划有不满，应首先拨打 **1-800-678-9133** 联系您的健康计划，并在联系该部门之前使用您的健康计划的申诉程序。使用此申诉程序并不禁止您可能享有的任何潜在法律权利或补救措施。如果您需要帮助处理涉及紧急情况的申诉、您的健康计划未圆满解决的申诉或超过 30 天仍未解决的申诉，您可以致电该部门寻求帮助。您也可能有资格申请独立医疗审查 (IMR)。如果您有资格获得 IMR，IMR 程序将对健康计划作出的医疗决定进行公正审查，这些决定涉及拟议服务或治疗的医疗必要性、试验性或研究性治疗的承保决定以及急诊或紧急医疗服务的付款争议。该部门还为听力和语言障碍人士提供免费电话号码 (1-888-466-2219) 和 TDD 专线 (1-877-688-9891)。该部门的互联网网站 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) 在线提供投诉表、IMR 申请表和说明。

**联邦雇员：**如果您是联邦雇员，您可通过人事管理局 (OPM) 而非 DMHC 获取更多权利。请参考您的联邦雇员健康福利 (FEHB) 计划手册，该文件规定您可在要求健康计划重新考虑最初的否决或拒绝后要求 OPM 审查此等否决。OPM 将决定您的健康计划在否决您的索赔或服务申请时是否正确应用了其合同条款。请将您的审查申请寄送至人事管理局保险计划合同办公室第四部门，P. O. Box 436, Washington, D.C. 20044

**自我保险公司雇员：**如果您通过遵从《雇员退休收入保障法案》(ERISA) 的雇主在保险计划中参保，依据 ERISA 第 502(a) 节规定，您有权提起民事诉讼。首先，请确保您的索赔申诉的所有必要审查均已完成，而您的索赔并未得到批准。之后请咨询您的雇主的福利计划管理人员，确定您的雇主福利计划是否遵从 ERISA。此外，您和您的健康计划可有其他自愿替代性争议解决方案选择，例如调解。

**注意事项：**如果您在阅读此文件时遇到困难或需要英语以外的语种版本，我们可以安排相关人员为您提供帮助。您可在周一至周五早上 5 点至下午 6 点期间 (太平洋时间) 拨打 1.800.678.9133。此项服务免费。因为本文件可能需要您采取行动，我们建议您尽快致电。