



P. O. Box 2756  
Mission Viejo, CA 92690  
1-888-439-3392  
听障人士专线：1-949-364-1289  
www.eyexamofca.com

## 关于取消、解除和不续签医疗保险的申诉表

### 计划参加人信息

名字 \_\_\_\_\_ 中间名首字母 \_\_\_\_\_ 姓氏 \_\_\_\_\_

计划参加人出生日期(月/日/年) \_\_\_\_\_ 性别 男  女  其他

(未成年子女) 父母或监护人姓名 \_\_\_\_\_

街道地址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_

日间电话号码 \_\_\_\_\_ 夜间电话号码 \_\_\_\_\_

电子邮件地址 \_\_\_\_\_

医疗计划名称 \_\_\_\_\_ 会员资格编号 \_\_\_\_\_

医疗团体名称(如加入任何医疗团体) \_\_\_\_\_

雇主 \_\_\_\_\_ 待业

计划参加人收到保险已经到期或即将到期通知的日期 \_\_\_\_\_

计划参加人向 EYEXAM of California, Inc.(EECA) 提起申诉的日期 \_\_\_\_\_

计划参加人向本部门以外的其他机构提起申诉的日期(如适用) \_\_\_\_\_

请向 EECA 提供如下信息：1) 收到 EYEXAM 通知和信件的副本(如有)，2) 计划参加人发送的信件副本(如有)，3) 上一次投保期间的付款证明副本及 4) 填写下列医疗信息披露并签字。

您是否希望有人帮您处理投诉？  是  否

如“是”，请填写附件中的《协助授权书》。

您是否已向 EYEXAM of California 提出过投诉或申诉？  是  否

您是否在对已经收到的某项服务寻求付费？  是  否

如“是”，请列出收到服务的日期和服务提供者的姓名：

您是否在为未来的服务寻求授权？  是  否

您的日常活动是否需要别人帮助或认为自己有残疾？  是  否

## 关于取消、解除和不续签保单的申诉表

请简要说明您申诉的理由。

计划参加人、法定监护人或父母签字 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

### 医疗信息披露

我请求加州健保服务管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 对我与 EYEXAM 的问题做出裁决。我请求 DMHC 审核我的《取消医疗保险申诉表》是否符合 DMHC 的消费者投诉流程。通过下方的签字和日期，我授权过去和现在的医疗保险承保人，发布我的医疗记录和医疗信息来审查这个问题。这些记录可能包括医疗、精神健康、药物滥用、艾滋病毒、诊断影像报告，以及其他与我的申诉有关的记录。这些记录也可能包括非医疗记录和任何其他与我的申诉有关的信息。我授权 DMHC 审查这些记录和信息，并将其发送给 EYEXAM。我的授权期将从以下签字日期起满一年，法律允许的其他情形除外。例如，法律允许 DMHC 内部继续使用我的信息的情况除外。如果我愿意，我可以通过发送书面请求的形式提前结束授权。我在这张表单上提供的所有信息全部属实。

计划参加人、法定监护人或父母签字 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

有关邮寄或传真资料的详情，请参阅随附说明书。

### 医疗保险计划参保、订阅和签约中遇到取消、解除和不续签情形的申诉权

如果您认为您的医疗保险已经或即将被不恰当地取消、解除或不予续保，您有权向医疗计划部门和/或加州健保服务管理局 (DMHC 或部门) 提出申诉。

**选择方案 (1)-** 您可以向您的医疗计划提交申诉

您可以通过以下方式向 EYEXAM of California, Inc. (EYEXAM 或医疗计划) 提交申诉：拨打 1-888-439-3392，在线访问 [www.eyexamofca.com](http://www.eyexamofca.com) 网址，或将书面申诉邮寄至 P.O. Box 2756, Mission Viejo, CA 92690。如果您认为您的取消、解除或不续签是有误的，可以先向 EYEXAM 申诉。请尽快提出申诉。EYEXAM 将在三 (3) 个日历日内解决您的申诉或向您反馈悬而未决的状态。如果您在三 (3) 个日历日内没有收到 EYEXAM 的任何反馈，或对反馈有任何不满，可以向 DMHC 提出申诉，详情请参阅以下选择方案 2。

**选择方案 (2) -** 您可以直接向加州健保服务管理局提交申诉。

您无须事先向医疗计划提交申诉或收到医疗计划对您申诉的裁决，便可直接向 DMHC 提交申诉。您可以通过如下网址向 DMHC 提交在线申诉：<http://www.dmhc.ca.gov>。您也可以通过如下地址将您的申诉邮寄给 DMHC：HELP CENTER DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE, 980 NINTH STREET, SUITE 500, SACRAMENTO, CALIFORNIA 95814-2725。您可以联系 DMHC 获取更多信息或提交申诉：电话：1-888-466-2219，听障人士专线：1-877-688-9891，和/或传真：1-916-255-5241。

# 协助授权书

- 如果您想让别人帮助您处理申诉，请填写下列表格中的 A 和 B 两个部分。
- 如果您作为一名家长或法定监护人，为 18 岁以下的子女提出申诉，则无须填写此表格。
- 如果计划参加人因残疾或无行为能力无法独立完成表格，而授予您帮助其进行申诉的法律权限，您只需填写 B 部分。还请附上一份医疗决定的授权委托书或其他文件，以证明您可以代替计划参加人做出决定。

## A 部分：计划参加人

本人授权下述 B 部分中的署名人协助本人处理向加州健保服务管理局 (DMHC) 提交申诉事宜。我允许 DMHC 的工作人员与下述署名人共享我的医疗状况和护理信息。这些信息可能包括心理健康治疗、艾滋病治疗或检测、酒精或药物治疗或其他医疗信息。

我了解，只有与我的申诉相关的信息才可被共享。

我对该协助的授权为自愿行为，我有权利终止授权。我对该授权的终止，必须以书面形式告知。

计划参加人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

## B 部分：计划参加人的协助人

协助人姓名（正楷） \_\_\_\_\_

协助人签名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_

与计划参加人的关系 \_\_\_\_\_

日间电话号码 \_\_\_\_\_

夜间电话号码 \_\_\_\_\_

电子邮件地址（如有） \_\_\_\_\_

随附我的医疗决定授权书或其他法律文件。

# 申诉/投诉表说明书

如果您对填写此表格有任何疑问，请拨打 1-888-466-2219 或听障人士专线 1-877-688-9891 联系加州健保服务管理局帮助中心。拨打该电话免费。

## 如何提交申诉：

- 1) 可通过 DMHC 的网站在线提交：<http://www.dmhc.ca.gov>。这是最快捷的方式。  
或  
填写并签署《医疗保险取消申诉表》。
- 2) 如果您希望别人协助您处理申诉，请填写《协助授权书》。
- 3) 请附上《医疗保险取消申诉表》中所要求的文件，如您的医疗计划通知、账单及付款证明。
- 4) 如您不选择在线方式，请将您的申诉表及其他辅助文件通过邮寄或传真发送至：  
Department of Managed Health Care Help Center  
980 9<sup>th</sup> Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
传真：916-255-5241

## 接下来会怎么样？

患者关系部会给您寄一封信，告知您的申诉是否已被受理。如果您的申诉已被受理，将在 30 天内对您的申诉做出裁决。裁决结果会以书面形式通知您。

如果决定通过申诉程序对您的投诉进行审查，也将在 30 天内对您的问题做出裁决。裁决结果会以书面形式通知您。

根据 1977 年《个人信息保护条例》(Information Practice Act)（《加利福尼亚州民法法典》(California Civil Code) 第 1798.17 条）的相关规定，请悉知如下通知。

- 加州州法的《诺克斯基恩法案》(Knox-Keene Act) 赋予 DMHC 监管医疗计划和调查医疗计划成员投诉的权利。
- DMHC 帮助中心将使用您的个人信息来调查与您医疗计划相关的问题。
- 您自愿向 DMHC 提供这些信息。您可以选择不向 DMHC 提供这些信息。然而，如果您不这样做，DMHC 可能无法调查您的申诉。
- DMHC 可能会根据需要将其个人信息与医疗计划部门共享，以帮助调查您的申诉。
- DMHC 也可能会根据相关要求或在法律允许的情况下与其他政府机构共享您的个人信息。
- 您有权查看您的个人信息。如需查看，请联系 DMHC 法律服务办公室的记录请求协调员，办公地点：980 9<sup>th</sup> Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725，电话：916-322-6727。