

# Landmark 健康计划

Landmark Healthplan of California, Inc.  
1610 Arden Way, Suite 280, Sacramento, CA 95815  
电话: (800) 298-4875 传真: (916) 929-2048

## 基本信息

请选择一项: 提交本申诉(投诉)的人员是:

患者                       患者代表                       护理从业者                       雇主或经纪人

其他(请说明): \_\_\_\_\_

您的姓名 \_\_\_\_\_ 电话号码(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

您的地址 \_\_\_\_\_

所在省市 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

患者姓名: \_\_\_\_\_ 与患者的关系: \_\_\_\_\_

健康计划名称: \_\_\_\_\_ 患者身份证号码(如果知道): \_\_\_\_\_

此栏由办公人员填写: 申诉方式

电话                       邮件                       人工递送

## 申诉信息

请提供申诉所涉及的其他人(例如您的医生)的姓名、电话和地址,并说明此人的身份是患者、医生、雇主集团还是其他个人。如有必要,可另附页。

姓名 \_\_\_\_\_ 电话号码(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 所在省市 \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

患者                       护理从业者                       雇主或经纪人                       其他(请说明) \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 电话号码(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 所在省市 \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

患者                       护理从业者                       雇主或经纪人                       其他(请说明) \_\_\_\_\_

申诉主题 \_\_\_\_\_

签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

### 有关申诉流程的其他信息

- 您可随时以书面或口头形式向 Landmark 提交申诉,开始申诉流程(地址和电话号码见表格顶部)。您还可通过 Landmark 网站 [www.landmarkhealthcare.com](http://www.landmarkhealthcare.com) 中的安全链接提交申诉。为保密起见,请勿通过电子邮件发送申诉信息。
- 请一并提交您在整理申诉时可能考虑到的所有相应文件,例如服务日期、索赔单副本以及您在申诉中提及的人员或您曾与之讨论过申诉事宜的人员的姓名和电话。
- 收到您的申诉表后, Landmark 将于 5 个工作日内向您发送一封确认函。Landmark 将会审查您的投诉,并于 30 天内以书面形式通知您最终决定。如果您的个案可能对健康产生紧迫而严重的威胁(包括但不限于剧烈疼痛、可能致命、截肢或丧失主要身体机能),那么我们将按照紧急申诉流程,在接到您申诉后的三(3)天内尽快处理。
- 加州的管理医疗保健部门(California Department of Managed Health Care)负责监管医疗保健服务计划。如果您要对 Landmark 提起申诉,应首先致电 Landmark(电话 1-800-298-4875),并采用 Landmark 的申诉流程进行处理,然后再联系此部门。使用本申诉流程不会使您丧失任何可能的合法权利或治疗。如果您的申诉属紧急情况,或者您对 Landmark 的申诉处理结果不满,或者您的申诉在 30 天以内未得到解决,则请联系该部门寻求帮助。您可能有权要求进行独立医疗审查(IMR)。如果可以,IMR 流程将公正地审查 Landmark 对以下事项的医疗决定:建议的服务或治疗是否具有医疗必要性、具有实验或研究性质的治疗的涵盖范围、以及对紧急医疗服务的收费争议。该部门的免费电话为 1-888-HMO-2219;专为听力和语言障碍人士服务的 TDD 电话为 1-877-688-9891。该部门的 Internet 网站 <http://www.hmohelp.ca.gov> 中发布有投诉表、IMR 申请表和详细的在线说明。