

医院账单申诉表格

HCAI-Legal-560 (New 8/24/2023)

- ✓ 您可以通过以下网址在线申诉：HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov。
- ✓ 如需免费获得申诉帮助，您可以访问 healthconsumer.org 或致电 (888) 804-3536 联系健康消费者联盟 (Health Consumer Alliance)。
- ✓ 如果医院拒绝为您提供支付医疗账单方面的帮助，需要 HCAI 调查医院的拒绝是否不妥，您须在提交此申诉前申请付款折扣和/或慈善护理。
- ✓ 如果您邮寄文件，请仅提交文件副本。请勿寄送原件，原件将不予退还。

第 1 部分：患者信息

1. 名、中名、姓 _____
2. 偏好姓名 (可选) _____
3. 性别： 女 男 未知 不愿透露
4. 出生日期：_____
5. 患者是否已去世？ 是 否
6. 患者是未成年人吗？ 是 否
7. 对于未成年患者，请用印刷体写出其父母或法定监护人的姓名：_____
-
8. 邮寄地址、城市、州、邮政编码 (5 位数)、国家 _____
-
9. 主要电话号码 _____ 10. 其他电话号码 _____ 11. 电子邮件地址 _____
12. 除 18 岁以下儿童的父母或法定监护人外，是否有人在帮助您提交申诉？ 是 否
如是，请填写授权代表表格。

第 2 节：家庭信息

对于 18 岁及以上的患者，请提供以下人员的姓名、年龄和关系：配偶、同居伴侣和 21 岁以下的受抚养子女 (无论是否住在家中)。对于 18 岁以下的患者，请提供以下人员的姓名、年龄和关系：父母、看护亲属以及父母或看护亲属的其他 21 岁以下子女。(如列出的家庭成员超过 6 人，请填写第 10 页的附录。)

号码	姓名	年龄	与患者的关系
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

第 3 部分：医院信息

13. 医院名称: _____

14. 地址、城市、州、邮政编码 (5 位数)

15. 入院日期: _____ 16. 出院日期: _____

17. 您是否收到医院出具的书面估价单? 是 否

如“是”，请附上可用的证明文件。

18. 医院收费服务的日期: _____

如果入院超过一次或分别有多个服务日期，请各自提交申诉。

19. 您是否为相关服务支付过任何费用? 是 否 未知

如“是”，请提供证明文件和最后一次付款的日期（如有）: _____

第 4 部分：健康计划信息20. 医院服务是否与第三方造成的伤害有关（如机动车事故、犯罪或工伤）?: 是 否 未知21. 在上述任何服务日期内，您是否有医疗计划、保险计划和/或政府保险计划（即 Medi-Cal、Medicare、Medicare 补充保险等）? 是 否 未知

如“是”，请列出每类保险的计划名称、保险生效日期、会员 ID 编号，并勾选以下保险类型。

主要保险	承保日期	会员 ID 编号
<input type="checkbox"/> 商业/雇主 <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> 医疗保险补充保险		

次要保险	承保日期	会员 ID 编号
<input type="checkbox"/> 商业/雇主 <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> 医疗保险补充保险		

其他保险	承保日期	会员 ID 编号
<input type="checkbox"/> 商业/雇主 <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> 医疗保险补充保险		

其他保险	承保日期	会员 ID 编号
<input type="checkbox"/> 商业/雇主 <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> 医疗保险补充保险		

22. 医疗计划、保险计划和/或政府保险计划是否处理过医院提供的任何服务报销？

是 否 不适用 未知

23. 如“是”，患者是否向其医疗计划、保险计划或政府保险计划提交申诉或上诉？

是 否 不适用 未知

如是，请附上医疗计划、保险计划或政府保险计划的决定书副本，以及申诉或上诉的解决日期（如有）

24. 申诉或上诉的解决日期（如适用且可提供）：_____

第 5 节：欠款收取信息

25. 医院是否已将此医疗债务出售给收款人，或者您是否面临被收款的风险？

是 否 未知

26. 如“是”，该债务是否已向信用局报告，或是否已对您的信用报告/评分产生影响？

是 否 未知 不适用

如果是，请提供您的信用报告副本。

27. 收债人姓名（如适用且可用）：_____

28. 债务向收款人出售的日期，（如适用且可用）：_____

29. 账户号码，（如适用且可用）：_____

据我所知，我在提交此申诉时提供的信息均真实无误。

患者姓名（印刷体姓名）

患者或法定代理人签名

请注意：如果患者无法做出医疗和/或财务决定，希望代理人帮助处理申诉，或者患者已经去世，请填写随附的《授权代表表格》。如果没有患者的有效签名，授权代表必须提供作为患者授权代表的法律授权文件（即授权书、监护文件、遗嘱执行人任命书等）。

第 6 部分：信息公开

HCAI-Legal-562 (New 8/24/23)

我，[请使用印刷体写出患者姓名] _____，同意[请写出医院名称]
_____ 共享我的完整健康记录，包括但不限于财务信息、账单、医疗、精神健康、药物使用障碍、HIV、诊断成像报告，以及与我或代表我向加利福尼亚州卫生保健获取和信息部（Health Care Access and Information, HCAI）医院账单申诉计划（Hospital Bill Complaint Program, HBCP）提交申诉有关的其他记录，以便确定指定医院是否遵守《医院公平收费法》（Hospital Fair Billing Act）及相关法规。

我了解，我的药物使用障碍记录（如有）受关于信息保密《药物使用障碍患者记录》（Substance Use Disorder Patient Record）的联邦法规（42 C.F.R.，第 2 部分）和 1996 年《健康保险便利和责任法案》（Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA, 45 C.F.R.，第 160、164 部分）的保护，未经我的书面同意不得披露，除非法规另有规定。

在我向 HCAI 提出的申诉得到解决之前，此份关于共享健康信息的授权书一直有效。我了解，我可以随时撤销共享健康信息的授权，我可以通过将书面请求邮寄至以下地址的方式撤销授权：

Department of Health Care Access and Information
Hospital Fair Billing Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

除非另行撤销，否则本授权将在我签署本表格之日起 12 个月后或我的申诉结案时失效以较早者为准。撤销授权将在 HBCP 收到我的书面请求时生效，除非 HBCP 或其他机构已事先征得我对披露医疗信息的同意。

我了解此项透露医疗信息的授权属于自愿性质，但若未签署此项授权书，HBCP 将无法处理我对医院帐单的申诉。

除非法律要求，否则加州法律禁止 HCAI 进一步披露我的健康信息，除非 HCAI 获得其他授权。我了解，如果我已授权将我的健康信息披露给法律上不要求保密的人，则该信息可能不再受州或联邦保密相关法律的保护。

我了解，我有权获得本授权书的副本。

患者签名: _____ 日期: _____

请用印刷体签名: _____

如果本表格由具有法定代理权的人员填写，如未成年人的父母或法定监护人或医疗保健代理人，请填写以下信息：

填表人姓名: _____

填表人签名: _____

日期: _____

请在下面说明此人如何获得签署本表格的法律授权: _____

人口统计信息

以下人口统计相关问题仅用于报告和分析目的。此信息为可选信息。如果您不希望提供这些信息，也不会影响您的申诉结果。

1. 语言

偏好语言: _____

您希望我们用您的偏好语言与您沟通吗? 是 否

2. 种族和/或族裔

您的种族和/或族裔是什么?

请选择所有适用的类别和子类别，并在下面的空格中填写任何其他详细信息。请注意，您可以选择多个类别。

美洲印第安人或阿拉斯加原住民

请在下面提供详细信息。

纳瓦霍民族 填写选项: _____

亚洲人或亚裔美国人

请在下面提供详细信息。

印度人 柬埔寨人 中国人 菲律宾人 苗族人 日本人 韩国人

老挝人 巴基斯坦人 越南人 填写选项: _____

黑人或非裔美国人

请在下面提供详细信息。

非裔美国人 巴贝多人 埃塞俄比亚人 加纳人 海地人 牙买加人

肯尼亚人 尼日利亚人 索马里人 南非人 苏丹人

填写选项: _____

西班牙人或拉丁美洲人

请在下面提供详细信息。

哥伦比亚人 古巴人 多米尼加人 厄瓜多尔人 危地马拉人 洪都拉斯人

墨西哥人或墨西哥裔美国人 波多黎各人 萨尔瓦多人 西班牙人

填写选项: _____

中东人或北非人

请在下面提供详细信息。

- 阿富汗人 阿尔及利亚人 亚美尼亚人 埃及人 伊朗人 伊拉克人 以色列人
- 库尔德人 黎巴嫩人 摩洛哥人 叙利亚人 填写选项: _____

夏威夷原住民或太平洋岛民

请在下面提供详细信息。

- 查莫罗人 楚克人 斐济人 关岛人 马绍尔群岛人 夏威夷原住民 帕劳人
- 萨摩亚人 塔希提人 汤加人 填写选项: _____

白人

请在下面提供详细信息。

- 荷兰人 英国人 法国人 德国人 爱尔兰人 意大利人 挪威人 波兰人
- 葡萄牙人 俄罗斯人 苏格兰人 填写选项: _____

3. 性别认同

请在下面提供详细信息。

- 女性 男性 女性向男性/跨性别男性
- 男性向女性/跨性别女性 性别酷儿（既不完全是男性也不完全是女性） 未知/不想透露
- 填写选项: _____

《1977 年信息处理法》通知

《1977 年信息处理法》（Information Practices Act of 1977）（《加州民法典》（California Civil Code）第 1798.17 条）要求提供以下通知：

- 《健康与安全法典》（Health and Safety Code）第 127436 节规定，卫生保健获取和信息部（Health Care Access and Information, HCAI）有权调查与医院的折扣支付和/或慈善护理政策有关的医院账单申诉。
- HCAI 的医院公平收费计划使用您的个人信息调查您的医院收费申诉。
- 您可自愿向 HCAI 提供此信息，但并非必须。但是，如果您不提供所需的信息，HCAI 可能无法调查您的申诉。
- HCAI 可根据需要与医院和医疗服务提供者共享您的个人信息，以调查您的申诉。
- HCAI 还可能在法律要求或允许的情况下与其他政府机构共享您的信息。
- 您有权查看您的个人信息。如果您需要更多信息或对 HCAI 所保存的个人身份信息的隐私性有疑问，请通过以下方式联系隐私官员：

Department of Health Care Access and Information
Privacy Officer
2020 West El Camino, Suite 800
Sacramento, CA 95833
Privacy.Officer@HCAI.ca.gov
hcai.ca.gov/home/privacy-policy/

提交前

如果医院拒绝为您提供支付医疗账单方面的帮助，需要 HCAI 调查医院的拒绝是否不妥，您须已向提供服务的医院申请经济援助。如果您尚未向医院提出申请，则应联系医院了解如何申请的详细信息。如果您需要帮助，可致电健康消费者联盟（Health Consumer Alliance），电话：888-804-3536，或访问 healthconsumer.org 获取更多信息。

如何提交

1. 访问 HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov 在线提交（这是最便捷的提交方法）
按照在线说明操作并签署申诉表格。”
2. 如果您有授权代表，请填写“授权代表表格”。
3. 附上您最近的 W-2 或六个月的工资单副本。

4. 您可以附上有助于调查进行的其他文件，如以下任何文件：

- 医院开具的书面估价单。
- 任何关于已支付服务费用的文件。
- 与您的健康计划或政府保险计划就收费服务进行的任何沟通。
- 医疗债务已被出售给收款机构或有被收款风险的证明。
- 如果您的信用评分受到影响，您的信用报告副本。

请注意，仅与申诉中所列服务日期相关的文件才会被采用。

5. 如果您选择不在线提交，请将您的投诉表和任何证明文件邮寄至：

Department of Health Care Access and Information
Hospital Bill Complaint Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

其他家庭成员附录

HCAI-Legal-564 (New 8/24/23)

如需添加其他家庭成员，请在本页填写。如果需要更多空间，请将本页复印多份，与您的申诉一并提交

家庭成员信息

对于 18 岁及以上的患者，请提供以下人员的全名、年龄和关系：配偶、同居伴侣、21 岁以下的受抚养子女（无论是否住在家中）对于 18 岁以下的患者，请提供以下人员的姓名、年龄和关系：父母、看护亲属以及父母或看护亲属的其他 21 岁以下子女。

号码	姓名	年龄	与患者的关系
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

授权代表表格

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- 如果您希望授权另一人代表您或协助您处理申诉事宜，请填写下文的 A 部分和 B 部分。
- 如果您是未满 18 岁儿童的家长或法定监护人，则无需填写本表。
- 如果您为患者提交此申诉，且法律指定您代表患者行事，请仅填写 B 部分。您须附上授权您作为患者授权代表的法律文件副本。

A 部分：由患者填写

我允许下文 B 部分指定人员在我向医疗保健信息部（HCAI）申诉时代表我行事。我允许 HCAI 工作人员与下文指定人员分享我的财务信息以及与我的申诉相关的医疗状况和相关护理的信息。我了解并承认这些记录可能包括财务信息、账单、医疗、精神健康、药物滥用、HIV、诊断成像报告以及与申诉有关的其他记录。

我自愿同意此代表，且我有权终止此代表。如我想终止，必须以书面形式提出。

1. 患者签名

2. 患者姓名印刷体

3. 日期:

B 部分：由患者的协助人员填写

4. 患者姓名:

5. 授权代表姓名:

6. 与患者的关系:

7. 邮寄地址、市、州、邮政编码（5 位数）、国家名

8. 电话号码

9. 电子邮件地址

10. 授权代表签名

11. 日期

12. 随函附上我作为患者授权代表的合法授权文件。(如果适用，请打勾)。