



# IEHP DualChoice (HMO D-SNP) Appeal & Grievance Form

## 上訴與申訴表

本表格供您用於針對提供給您之照護或服務的任何方面提出建議、正式投訴或上訴。**根據法律規定**，IEHP DualChoice **必須**回覆您的投訴或上訴，且**必須**要有詳細程序用於解決這些情況。如果您有任何疑問，請隨時致電 **1-877-273-IEHP (4347)** 或 **1-800-718-4347 (TTY 使用者專線)** 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。您也可在您的 IEHP DualChoice 卡上找到 IEHP DualChoice 的會員服務部聯絡資訊。因為您是 IEHP DualChoice 會員，所以您有權對 IEHP DualChoice 或其醫療服務提供者提出投訴，不用害怕 IEHP DualChoice、您的醫生或任何其他醫療服務提供者會採取對您不利的行動。

請以正楷填寫或打字輸入下列資訊：

會員姓名 (姓氏、名字、中間名首字母)

IEHP 會員卡號碼

會員地址

住家電話號碼

城市、州、郵遞區號

工作或簡訊電話號碼

Medicare 號碼

男性 / 女性

出生日期

授權代理人：如果投訴是由會員以外的人士提出，請檢閱「誰可提出上訴」部分並提供下列資訊：

姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

與會員的關係：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_

### 投訴性質：

事件發生地點？(醫院名稱、醫生名稱或其他地點名稱)

此事件發生時間？(如果不確定，請提供大約的日期/時間)

相關人士？

請說明事發經過。(必要時請隨附任何額外資訊的副本)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

請簽名並將本表格郵寄或傳真至： IEHP DUALCHOICE

Attn: Appeal and Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

傳真：(909) 890-5748；如有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 或 TTY 使用者專線  
1-800-718-4347，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。

日期 \_\_\_\_\_ 會員簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_ 代理人簽名 \_\_\_\_\_

## 您可能有權提出上訴。

如欲行使您的上訴權，請在原始拒保通知日期後的 60 個曆日內透過書面方式提出上訴。如果您有錯過截止期限的正當理由，您的計畫可以給您更多時間。

## 誰可提出上訴？

您本人或您指定代您行事的人士 (您的**授權代理人**) 均可提出上訴。您可指定一名親戚、朋友、辯護人、律師、醫生或其他人代您行事。前文未提及的其他人士可能已獲得州法律的授權可代您行事。

您可致電 **1-877-273-IEHP (4347)** 與我們聯絡，以瞭解如何指定授權代理人。如果您有聽力或言語障礙，請致電 TTY/TDD 使用者專線 **1-800-718-4347** 與我們聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。

如果您想請人代您行事，您和您的授權代理人皆應簽署本表格的第 1 頁、註明日期並將其寄給我們，該頁面將可作為您指定該人士代您行事的聲明。

## 與您上訴權利有關的重要資訊

*如需與您上訴權利有關的進一步資訊，請致電與您的計畫聯絡或參閱您的承保範圍證明。*

### 您可提出兩種類型的上訴：

**標準上訴 (30 天)** - 您可提出標準上訴要求。您的計畫必須在收到您上訴後的 30 天內告知您決定。(如果您要求延期，或者您的計畫需要額外資訊且延期對您有利，您的計畫可能會延長此期限最多 14 天的時間。)

**快速上訴 (72 小時審查)** - 如果您或您的醫生認為等候決定過長時間可能會嚴重損害您的健康，您可提出快速上訴要求。您的計畫必須在收到您上訴後的 72 小時內針對快速上訴作出決定。(如果您要求延期，或者您的計畫需要額外資訊且延期對您有利，您的計畫可能會延長此期限最多 14 天的時間。)

- 如果您的醫生替您提出快速上訴要求，或者為您的要求提供佐證，且醫生表示等候 30 天的時間可能會嚴重損害您的健康，您的計畫將會自動為您進行快速上訴。
- 如果您提出快速上訴要求，但沒有醫生的佐證，您的計畫將會判定您的健康狀況是否需要進行快速上訴。如果您的計畫沒有為您進行快速上訴，您的計畫將會在 30 天內針對您的上訴作出決定。

### 我該在上訴中包含哪些資訊？

您應包含：您的姓名、地址、會員卡號碼、上訴理由以及您希望附上的任何證明。您可寄送佐證病歷、醫生信函或是可說明為何您計畫應提供該服務的其他資訊。

如果您需要上述資訊以協助您提出上訴，請致電與醫生聯絡。您可寄送這些資訊，或者如果您希望的話，您可親自呈遞這些資訊。

## 我該如何提出上訴？

**如欲要求標準上訴：**您或您的授權代理人應將您的書面上訴郵寄或遞交至加州 Medicare Advantage 計畫會員上訴與申訴表上所示的地址給您的健保計畫。

**如欲要求快速上訴：**您或您的授權代理人應使用加州 Medicare Advantage 計畫會員上訴與申訴表上所示的計畫聯絡資訊透過電話或傳真與我們聯絡。

**接下來呢？**如果您提出上訴，您的計畫將會審查我們的決定。在您的計畫審查完我們的決定之後，如果您所要求的任何服務仍遭到拒絕，Medicare 將會請 Medicare Advantage 組織外的審查人員針對您的個案進行全新且公正的審查。如果您對該決定有異議，您將享有再次上訴的權利。如果發生該情況，您將會接獲有關該等上訴權利的通知。

### 其他聯絡資訊：

如果您需要資訊或協助，請致電下列電話號碼與我們聯絡：

免付費電話：**1-877-273-IEHP (4347)**

TTY 使用者專線：**1-800-718-4347**

服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。

### 可協助您的其他資源：

Medicare 權利中心免付費電話：**1-888-HMO-9050**

年長者照護查詢機構：免付費電話：**1-800-677-1116**

**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** TTY/TTD 使用者專線：**1-877-486-2048**

服務時間為每週 7 天，每天 24 小時

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計畫。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。