

行動通知
關於您的治療要求

<Date>

<Member's Name>

<Address>

<City, State Zip>

<Treating Provider's Name>

<Address>

<City, State Zip>

識別號碼： <Reference Number>

主旨： <Service requested>

<Name of requesting provider> 已要求 <IPA> 核准 <Service requested>。這項要求遭到拒絕。這是因為 <Insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity>。

您可以免費索取做這個決定時使用的所有資訊。如欲索取相關資訊，請致電 <IPA phone number> 與 <IPA> 聯絡。

您可以對這個決定提出上訴。隨附的「您的權利」資訊信函會告訴您如何上訴，也會告訴您如何取得免費協助。這包括免費法律協助。您可以寄送任何對您的個案有所幫助的資訊。「您的權利」信函會告訴您提出上訴要求的最後期限是哪一天。

州政府 Medi-Cal 管理式照護「監察員辦公室」能協助回答您的任何疑問。您可以致電 1-888-452-8609 與他們聯絡。您也可以向您的醫生求助，或者致電 1-800-440-IEHP (4347) 與 IEHP 會員服務部聯絡，服務時間為週一至週五上午 7 時至晚上 7 時，以及週六至週日上午 8 時至下午 5 時。TTY 使用者請撥 1-800-718-4347。

本信函將不會使您的其他 Medi-Cal 照護發生變更。

<Medical Director's Name>

附件：「Medi-Cal 管理式照護賦予您的權利」

Medi-Cal 管理式照護 賦予您的權利

如果您對健保計畫針對您健康照護所作的決定有異議，您可向健保計畫提出上訴要求。

我該如何提出上訴要求？

從本行動通知信函的日期開始算起，您有 **60** 天的時間可以提出標準上訴或特急上訴要求。如果您的健保計畫決定減少、暫停或終止您目前正在接受的服務，您可能可以繼續接受該 (等) 服務，直到您的上訴決定結果出來為止。這稱為待審期間補助給付。如欲符合待審期間補助給付的資格，您必須在本行動通知信函日期起的 **10** 天內或在健保計畫表示您的服務將會變更之前向健保計畫提出上訴要求。雖然健保計畫必須在您於上述期限內提出上訴要求時為您提供待審期間補助給付，但您應在提出上訴要求時告知健保計畫您想在上述決定結果出來之前獲得待審期間補助給付。

如果您錯過提出上訴要求的 **10** 天期限，或者您沒有在服務將要變更之日前提出上訴要求，從本行動通知信函的日期開始算起，您仍有 **60** 天的時間可以提出上訴要求。但您在上訴待決期間將無法獲得待審期間補助給付。

您可自己提出上訴要求。或者，您可以請親戚、朋友、代理人、醫生或律師代表您提出上訴要求。該人士稱為「授權代理人」。您的健保計畫可為您提供一份表格，以讓您指定授權代理人。您本人或您的授權代理人可寄送您希望健保計畫在針對您上訴作決定時審查的任何資訊。您的上訴將由和作初審決定不同的醫生進行審查。

您可以透過電話、書面方式或電子方式提出標準上訴或特急上訴：

- 透過電話：IEHP 會員服務部電話 **1-800-440-IEHP (4347)**，服務時間為週一至週五上午 7 時至晚上 7 時，以及週六至週日上午 8 時至下午 5 時。如果您有聽力或言語障礙，請撥打 TTY 使用者專線：**1-800-718-4347**。
- 透過書面方式：填寫上訴表或寫信，然後郵寄至：IEHP Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987

您醫生的診所將會備有上訴表。您的健保計畫也可寄送表格給您。

- 透過網絡：瀏覽您的健保計畫網站。前往 <https://www.iehp.org/>。

當您提出上訴時，您必須向您的計畫提供：

- 您的姓名
- 您的地址或我們寄送上訴相關資訊時的收件地址 (如果您目前沒有地址，您仍可提出上訴)
- 您的計畫會員號碼
- 您針對計畫決定提出上訴的理由

- 您想提出標準上訴還是快速上訴 (如欲提出快速上訴，請告知計畫為何您需要進行快速上訴。)
 - 您希望計畫審查且可證明為何您需要該服務的任何資訊。例如，您可寄送下列資訊給計畫：
 - 健康照護服務提供者提供的病歷；
 - 健康照護服務提供者提供的信函 (例如健康照護服務提供者提供的聲明，說明為何您需要進行快速上訴)；或
 - 說明為何您需要該服務的其他資訊
-

我的上訴何時將可獲得裁決？

若為標準上訴，您的健保計畫必須在 **30** 天內透過書面方式回覆您的上訴。如果您認為等候 **30** 天將會危害您的健康，您可能可以在 **72** 小時內得知決定。當您向健保計畫提出上訴要求時，請說明為何等候將會危害您的健康。請確認您提出的是特急上訴要求。

若為特急上訴，健保計畫將會在收到您上訴後的 **72** 小時內給您決定，且健保計畫必須試圖透過口頭方式通知您其決定。不論是標準上訴還是特急上訴，健保計畫均會郵寄上訴決議通知函給您。該信函將會為您說明健保計畫針對您上訴所作的決定。

我可以提出獨立醫療審查和州政府聽證會要求嗎？

獨立醫療審查是由與健保計畫無關的醫生來審查您的個案。州政府聽證會是由法官來審查您的個案。

如果您對健保計畫針對您服務所作的決定有異議，您可向健保計畫提出上訴要求。如果您對健保計畫的上訴決定仍有異議，或者自您向健保計畫提出上訴以來已經超過至少 **30** 天的時間，則您可向醫療保健計畫管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 提出獨立醫療審查要求。醫療保健計畫管理局 (DMHC) 的工作人員將會判定您的問題是否符合獨立醫療審查的資格。

在大多數情況下，若您沒有先完成健保計畫的內部上訴流程，你將沒有資格要求舉行州政府聽證會。但在某些情況下，您可直接要求舉行州政府聽證會。如果健保計畫沒有正確或準時地通知您服務相關資訊，此規定便適用。這稱為視為已用竭盡全力。以下是視為已用竭盡全力手段的幾個例子：

- 健保計畫沒有以您慣用的語言向您提供本行動通知信函。
- 健保計畫因工作疏失而影響到您的任何權利。
- 健保計畫沒有為您提供書面行動通知信函，告知您其打算針對您服務所採取的行動。
- 健保計畫在其書面上訴決議通知函中提供錯誤資訊。
- 健保計畫沒有在 **30** 天內針對您的上訴作出決定並寄送上訴決議通知函給您。

- 健保計畫判定您的個案屬於緊急性質，但卻沒有在 **72** 小時內針對您的上訴作出回覆並寄送上訴決議通知函給您。

有時候，您可以同時提出獨立醫療審查和州政府聽證會要求。您也可以先要求其中一項，以看看其是否能解決您的問題。例如，如果您先要求獨立醫療審查，但您對審查決定有異議，則您可要求州政府聽證會。不過，如果您先要求州政府聽證會，且聽證會已經舉行，則您將不得要求獨立醫療審查。在此情況下，州政府聽證會將有最終裁決權。

您將無需支付獨立醫療審查或州政府聽證會的費用。

我該如何要求獨立醫療審查？

以下段落將為您提供有關如何向醫療保健計畫管理局 (DMHC) 要求獨立醫療審查的資訊。¹ 請注意，「申訴」一詞同時意指「投訴」和「上訴」：

「加州醫療保健計畫管理局負責管理健康照護服務計畫。如果您想對健保計畫提出申訴，首先應致電 **1-800-440-IEHP (4347)** 與您的健保計畫聯絡，服務時間為週一至週五上午 **7** 時至晚上 **7** 時，以及週六至週日上午 **8** 時至下午 **5** 時。TTY 使用者請致電 **1-800-718-4347**，並使用您健保計畫的申訴流程，而後才與管理局聯絡。使用此申訴程序將不會使您喪失任何潛在法定權利或您可能可使用的救濟措施。如果您需要協助處理涉及緊急狀況的申訴、您的健保計畫未針對您的申訴提出令您滿意的解決方案、或者申訴超過 **30** 天仍未獲得解決，您可致電聯絡管理局尋求協助。您可能也符合獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 的資格。如果您符合獨立醫療審查 (IMR) 的資格，獨立醫療審查 (IMR) 流程將會針對健保計畫對下列事宜所作的醫療決定進行公正的審查：建議之服務或治療的醫療必要性、實驗性或研究性治療的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的給付爭議。管理局也有免付費電話 (**1-888-466-2219**) 以及供聽障和語障人士使用的 TDD 專線 (**1-877-688-9891**)。管理局網站 <http://www.dmhc.ca.gov> 有投訴表、獨立醫療審查 (IMR) 申請表和網上說明。」

我該如何要求州政府聽證會

如前文所述，您可能有資格要求舉行州政府聽證會。

您可透過下列方式要求舉行州政府聽證會：

- 透過 www.cdss.ca.gov 網站

¹ 《衛生與安全法典》(Health and Safety Code, HSC) 第 1368.02(b) 節。您可在下列網站搜尋 HSC 條文：<http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/home.xhtml>。

- 透過電話：致電 **1-800-743-8525**。該電話線路可能十分忙碌。您可能會聽到語音訊息，請您稍後再撥。如果您有言語或聽力障礙，請致電 **TTY/TDD 使用者專線 1-800-952-8349**。
- 透過書面方式：填寫州政府聽證會申請表或寫信。請將申請表或信函郵寄或傳真至：

郵寄：**California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430**

傳真：**(916) 309-3487** 或免付費傳真號碼 **1-833-281-0903**

本函隨附州政府聽證會申請表。請務必註明您的姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼和 / 或客戶識別號碼 (CIN) 以及您想舉行州政府聽證會的原因。如果是由其他人協助您提出州政府聽證會要求，請在申請表或信函中列出該人士的姓名、地址和電話號碼。如果您需要口譯員，請告知州政府聽證會部門您所使用的語言。您將無需支付口譯員的費用。州政府聽證會部門將會為您提供一名口譯員。如果您是殘障人士，州政府聽證會部門可免費為您提供特殊便利設施，以協助您參與聽證會。請註明與您殘障有關的資訊以及您所需的便利設施。

在您提出州政府聽證會要求後，州政府最長可能需要 **90** 天的時間才能針對您的個案作出決定並寄送答覆給您。如果您認為等候 **90** 天將會危害您的健康，您可提出特急聽證會要求。如果州政府聽證會部門核准您的特急聽證會要求，您可能可在州政府聽證會部門透過健保計畫收到您個案檔案之日起的 **3** 天內得知聽證會決定。

您可致電上列電話號碼向州政府聽證會部門提出特急聽證會要求。或者，您可寄送州政府聽證會申請表或信函給州政府聽證會部門。您必須解釋為何等候決定長達 **90** 天的時間將會危害您的生命、健康以及達到或維持身體最佳機能的能力。您也可向醫生索取一份信函，以協助證明為何您需要舉行特急聽證會。

您可以在州政府聽證會上為自己發言。或者，您可以請親戚、朋友、代理人、醫生或律師等人代表您發言。如果您希望由其他人代表您發言，則您必須簽署一份表格，告知州政府聽證會部門該人士可代表您發言。該人士稱為「授權代理人」。

法律援助

您可能可以獲得免費法律援助。請致電 **1-800-952-5210** 與 *州政府消費者事務部* 聯絡。您也可致電 **1-888-804-3536** 與您所在郡縣的當地法律援助辦公室聯絡。

管理式照護遭到拒絕的州政府聽證會申請表

您可以透過電話要求州政府聽證會，請致電：**1-800-743-8525**。TDD 專線使用者請撥**1-800-952-8349**。您也可以透過下列方式提出聽證會要求：

- 您可以在**上網**提出聽證會要求，網址為 **WWW.CDSS.CA.GOV**
- 您可以填寫本申請表並**傳真**給州政府聽證會辦公室：**916-309-3487**
- 您可以填寫本申請表並**透過電子郵件傳送至**：
SCOPEOFBENEFIT S@DSS.CA.GOV
- **(備註：如果您透過電子郵件傳送申請表，請瞭解，可能會有州政府聽證會部門以外的其他人攔截您的電子郵件。請考慮使用安全方式寄送您的申請表。)**
- 您也可以**郵寄**此州政府聽證會申請表至：

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

如需填寫本申請表的免費協助，請致電附件「您的權利」通知上所列的法律援助電話號碼

我不同意與我健康照護有關的決定。請說明醫生所要求的治療、藥物、器材或服務。我不同意的理由：

(如果需要更多空間填寫，請另外加頁，然後附加到本頁。)

請提供下列有關受益人的資訊
(此處受益人是指醫療福利遭到拒絕的人士)

姓名： _____

出生日期： _____

地址 (您可以收郵件的地方)： _____

電話號碼： _____

您是否允許我們透過電子郵件與您聯繫？ [] 是 [] 否

如回答「是」，您的電子郵件地址是： _____

請提供您的 **Medi-Cal 福利識別卡 (Benefit Identification Card, BIC)** 卡號和 / 或社會安全號碼 (如有)： _____

您是否擁有一般 Medi-Cal (按服務收費) 或管理式照護計畫？

如有管理式照護計畫，您的健保計畫名稱是：

請回答適用於受益人的每項問題

我的醫生要求這項健康福利的日期是： _____

健保計畫拒絕這項健康福利的日期是： _____

我已經針對此個案向健保計畫提出上訴：
是 [] 日期？ _____ 否 []

健保計畫已針對該上訴作出答覆：
是 [] 日期？ _____ 否 []

您是否向健保計畫要求特急 (72 小時) 上訴？ [] 是 [] 否

健保計畫是否在 72 小時內對上訴做出決定？ [] 是 [] 否

我的聽證會需求如下 (請勾選適用於您的方框)： _____

我需要特急聽證會，因為我的情況緊急。我的個案必須很快獲得裁決，我無法等候長達 90 天的時間。以下列出沒有快速決定會發生的情況：

請說明為何無法等候長達 90 天的時間。如果您沒有說明，您的個案將不會以特急方式進行審查，且將會按照正常時程安排審查。您可以提交醫生或計畫的信函，證明您無法等候的理由。

持續服務 / 待審期間補助給付：請繼續提供我的治療，直到法官裁定我的個案為止。(請說明您想要繼續接受的治療並指出計畫停止治療的日期或打算停止治療的日期)：

我想使用免費的口譯員。我使用的語言或方言是： _____

我是殘障人士且我需要合理的便利設施，以協助我參與聽證會。我需要的便利設施是：

在聽證會上，我想請別人代我 (代表我) 發言。該人士可查看我病歷中與此次聽證會有關的資訊並參加聽證會。我選擇代表我發言的人士是：

姓名： _____ 電話號碼： _____

地址： _____

我的簽名： _____ 今天日期： _____

郵寄本申請表時請附上您計畫寄給您的信函 (上訴決議通知，若有)。
(如果您想自己保留一份本申請表，請於寄出前複印。)