

## 您在 MEDI-CAL 管理式醫療中 的權利

### 如何提出申訴

如果您有健康保險計畫相關問題或者您對透過服務提供者獲得的護理或服務感到不滿，您可以提出申訴（投訴）。您可向您的健康保險計畫提出此類投訴。

提出投訴無時間限制。

您可以透過電話、書面或線上方式來提出投訴：

- **透過電話**：上午 8 點至下午 5 點之間致電 Alameda Alliance for Health，電話：**1.877.932.2738**。聽力與語言殘障的人士 (CRS/TTY) 請撥打 **711/1.800.735.2929**。
- **書面**：填妥上訴表或寫信並將其寄送至：  
**Alameda Alliance for Health**  
**1240 South Loop Road**  
**Alameda, CA 94502**

上訴表可從您的醫生辦公室獲取。您的健康保險計畫也可以向您寄送表格。

- **線上**：造訪您健康保險計畫的網站：[www.alamedaalliance.org](http://www.alamedaalliance.org)。

如果您需要協助提出投訴或者您需要免費語言服務，請致電：

**1.877.932.2738**。聽力與語言殘障的人士 (CRS/TTY) 請撥打 **711/1.800.735.2929**。

您可自己提出投訴。或者您可請人代您提出投訴，如親屬、朋友、辯護人、醫生或律師。該名人士被稱為「授權代表」。您可以提交希望健康保險計畫予以審查的任何資訊。

您的健康保險計畫有 **30 天** 的時間來給您答覆。屆時，您將收到一封「申訴決議通知」的信函。此函將告知您該健康保險計畫作出的決定。

### 快速申訴

如果您認為等候 **30 天** 將損害您的健康，您可能在 **72 小時** 內得到答覆。當您提出投訴時，請說明為何等候 **30 天** 將會損害您的健康。確保您申請的是一次「快速申訴」。

## 如何提出上訴

如果您不同意就您的醫學治療所作出的決定，您可以提出上訴。本上訴是向您的健康保險計畫提出。

您可自「行動通知」信函之日起 **60 天**內提出上訴。但是，如果您**正在**接受治療，並且希望繼續接受治療，則必須在本信函加蓋郵戳或交付給您的日期後 **10 天**內，或在您的健康保險計畫提及服務將停止之前提出上訴。當您申請上訴時，您必須提及您想繼續接受治療。

您可以透過電話、書面或線上方式來提出上訴：

- **透過電話**：上午 8 點至下午 5 點之間致電 **Alameda Alliance for Health**，電話：**1.877.932.2738**。聽力與語言殘障的人士 (CRS/TTY) 請撥打 **711/1.800.735.2929**。
- **書面**：填妥上訴表或寫信並將其寄送至：  
**Alameda Alliance for Health**  
**1240 South Loop Road**  
**Alameda, CA 94501**

上訴表可從您的醫生辦公室獲取。您的健康保險計畫也可以向您寄送表格。

- **線上**：造訪您健康保險計畫的網站：**www.alamedaalliance.org**。

您可以自己提出申訴。或者您可請人代您提出上訴，如親屬、朋友、辯護人、醫生或律師。該名人士被稱為「授權代表」。您可以提交希望健康保險計畫予以審查的任何資訊。一名醫生將會檢視您的上訴，該醫生並非為作出第一次決定的醫生。

您的健康保險計畫有 **30 天**的時間來給您答覆。屆時，您將收到一封「上訴決議通知」的信函。此函將告知您該健康保險計畫作出的決定。如果您**未在 30 天**內收到信函，您可：

- 申請一次「**獨立醫療審核**」(**Independent Medical Review, IMR**) 與健康保險計畫無關的外部審核人員將審核您的個案
- 申請一次「**州聽證會**」有一位法官將審核您的個案

請閱讀以下部分的說明，瞭解如何申請 **IMR** 或**州聽證會**。

## 快速上訴

如果您認為等候 **30 天**將損害您的健康，您可能在 **72 小時**內得到答覆。當您提出上訴時，請說明為何等候 **30 天**將會損害您的健康。確保您申請的是一次「**快速上訴**」。

### 如果您對本上訴決定持有異議

如果您提出上訴並收到「上訴決議通知」信函，告知您您的健康保險計畫仍不能提供該等服務，或者您未在 **30 天**內收到一封告知您該項決定的信函，您可以：

- 申請一次「**獨立醫療審核 (IMR)**」，一名與健康保險計畫無關的外部審核人員將審核您的個案
- 申請一次「**州聽證會**」，一位法官將審核您的個案

您可以**同時**申請 **IMR** 與州聽證會。您也可以依次申請以上兩者之一，看看其能否首先解決您的問題。例如，如果您首先申請 **IMR**，但不同意該決定，那麼您還可以稍後再申請一次州聽證會。但是，如果您首先申請州聽證會，但聽證會已經舉行，則您不能再申請 **IMR**。在這種情況下，州聽證會有最終決定權。

您不必為 **IMR** 或州聽證會支付費用。

### 獨立醫療審核 (IMR)

如果您想申請的是 **IMR**，您首先必須向您的健康保險計畫提出上訴。如果您在 **30 天**內未收到您的健康保險計畫的消息，或者您對健康保險計畫的決定不滿意，那麼您可以申請 **IMR**。您必須在本「上訴決議通知」信函之日起 **180 天**內申請一次 **IMR**。

如果您的健康處於危急情況或者申請是因為治療屬於試驗性或研究用才遭到拒絕，您可能可以立即進行 **IMR** 而不需要先提出上訴

如欲瞭解如何申請 **IMR**，請參閱下文。「申訴」同時意指「投訴」和「上訴」。

加州統一管理醫療保健部負責管控醫療保健服務計畫。如果您要對您的健康保險計畫提出申訴，應首先打電話聯絡您的健康保險計畫，電話號碼是**1.877.932.2738**，聽力與語言殘障的人士 (CRS/TTY) 請撥打**711/1.800.735.2929**。應在聯絡該保健部門之前使用您所屬健康保險計畫的申訴程序。使用這一申訴程序並不會剝奪您可能擁有的任何法定權利或者您可能有資格獲得的任何補償。若您需要幫助以解決涉及緊急情況的申訴、您的健康保險計畫尚未妥善解決的申訴或者在超過**30天**後仍未得到解決的申訴，您可以打電話請該部門給予幫助。您可能有資格請求進行獨立醫療審核 (**IMR**)。如果您符合申請**IMR**的條件，**IMR**程序將提供一次公平複審，以審查某個健康保險計畫所作的醫療決定，其中包括擬議的服務或治療之醫療必要性、就試驗性或研究用的治療所作的保險計畫承保決定，以及就緊急醫療或急症治療服務費用支付問題而產生的爭議。該部門還設有免費電話號碼 (**1.888.HMO.2219**)；並設有TDD專線 (**1.877.688.9891**)，供聽障和語障人士使用。該部門的網站上載有投訴表格、**IMR**申請表格以及網上方法說明，網址是 (<http://www.hmohelp.ca.gov>)。

## 州聽證會

如果您想申請一次州聽證會，您必須在本「上訴決議通知」信函之日起 **120** 天內提出申請。您能夠透過電話或書面來要求舉行州聽證會：

- **透過電話**：致電 **1.800.952.5253 (TTY/TDD 1.800.952.8349)**。該電話號碼可能會很繁忙。您可能會收請您稍後回撥的消息。
- **書面**：填妥聽證會表或寄信至：  
**California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA94244-2430**

請務必寫明您的姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼，以及您申請州聽證會的原因。如果由其他人協助您提出州聽證會申請，還請在表格或來函中寫明此人的姓名、地址和電話號碼。如果您需要一名口譯員，請告訴我們您講哪種語言。您不需要為口譯員支付費用。我們將為您安排好一名人員。

提出聽證會申請後，可能需要 **90** 天時間對您的個案作出裁決並將聽證結果寄送給您。如果您認為等候多時將損害您的健康，您可能在 **3** 個工作日內得到答覆。請您的醫生或健康保險計畫給您寫一封信函。該信函必須詳述等候個案裁決的 **90** 天等候期如何會嚴重危及您的生命或健康或者您獲得、保持或充分恢復身體機能的能力。隨後提出「**快速聽證**」申請，並在提交聽證會申請書時同時提交上述信函。

在州聽證會上您可以為自己發言。或者親屬、朋友、辯護人、醫生或律師等人可代您發言。如果您想要他人代替您發言，那麼您必須告知州聽證會，該人士受您之託而代您發言。該名人士被稱為「授權代表」。

## 法律幫助

您也許可以得到免費的法律幫助。致電 Alameda 縣地區律師辦公室的消費者、環境和僱員保護部，電話：**1.510.383.8600**。您也可致電 **1.888.804.3536** 聯絡您所在縣的當地 Legal Aid Society。