

**Insert Your Logo Here**

*[Send this notice in all cases where, after considering both Medicare and Medicaid coverage, an MMP denies, or partially denies, a service, item, Part B drug, or Medicaid drug. If an MMP determines that a service, item, Part B drug, or Medicaid drug is covered, for example, under Medicaid but not under Medicare and thus is provided to the member as requested by the member, do NOT send this notice. Under the terms of the three-way contract, such a situation does not constitute a denial or partial denial.]*

**重要提示：**本通知說明了您對我們的決定提出上訴之權利。請仔細閱讀本通知。如果您需要協助，您可以撥打「獲取幫助和更多資訊」底下列出的任一號碼。您也可以參閱會員手冊第 9 章，了解如何提出上訴的相關資訊。

### 醫療險拒賠通知

日期：

會員編號：

姓名：

參考號碼：

*<Insert other identifying information, as necessary (e.g., provider name, enrollee's Medi-Cal number, service subject to notice, date of service).>*

### 您的請求被拒絕

我們已<拒絕、停止、減少、暫停>提供您或您的保健業者所申請的下列 B 部分藥物：

---

---

---

### 為什麼我們拒絕了您的請求？

我們<拒絕、停止、減少、暫停>提供上述 B 部分藥物的原因在於<*Provide specific rationale for decision and include State or Federal law and/or Evidence of Coverage (Member Handbook) provisions to support decision*>：

---

---

---

< Where the plan has determined that the drug is covered under Medicare Part D, insert the following text: 根據您的 Medicare B 部分福利，該請求遭到拒絕；但所申請的藥物已根據 Medicare D 部分獲得承保/付款核准。 < Insert, as applicable, an explanation of the conditions of approval in a readable and understandable format >. 如果您認為 Medicare B 部分應該為您承保此藥物，您可以提出上訴。 >

您應該與您的醫生分享此決議書的副本，以便您和您的醫生可以討論後續步驟。如果您的醫生代表您申請承保，我們會將此決議書的副本發送給您的醫生。

## 您有權對我們的決定提出上訴

您有權向我們提出 1 級上訴（有時稱為「內部上訴」或「計劃上訴」），以此請求 IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 審查我們的決定。在特殊情況下，您也可以申請進行獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR)，而無需先向本計劃提出上訴。如果您已就同一問題召開過州聽證會，則不能申請進行 IMR。如果您對 IMR 的結果感到不滿，您仍然可以申請舉行州聽證會。

請在本通知發出之日起 **60 個日曆日**內，向 IEHP DualChoice 提出 1 級上訴。如果您有正當理由錯過最後期限，我們可以給您更多時間。請參閱標題為「如何向 IEHP DualChoice 提出 1 級上訴」的部分，了解如何提出計劃級上訴。

**在我們審查您的個案期間如何保留您的服務：**如果我們要停止或減少某項服務，您可以在個案審查期間繼續獲得該服務。**如果您希望繼續提供服務，您必須在本通知發出之日起 10 個日曆日內，或在服務停止或減少之前（以時間較晚者為準）提出上訴。**

## 如果您希望由其他人代您行事

您可以指定一位親戚、朋友、律師、醫生或其他人作為您的代理人。如果您希望由其他人代您行事，請撥打以下電話聯絡我們：1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點（太平洋標準時間），每週 7 天（包括節假日），以了解如何指定您的代理人。TTY 使用者請撥打 1-800-718-4347。您以及您的意定代理人都必須簽署一份聲明並註明日期，說明該代理出自於您的意願。您需要將此聲明郵寄或傳真給我們。請保留一份副本以供記錄。

## 可以向 IEHP DualChoice 提出 2 種 1 級上訴

**標準上訴** – 我們將於收到您的上訴後 **7 個日曆日**內給您書面標準上訴決定。如果您申請延期或我們需要更多關於您個案的資訊，我們可能需要更長時間以作出決定。如果我們需要額外的時間，我們會告訴您，並解釋為何需要更多的時間。如果您的上訴是關於支付您已經獲取的 B 部分藥物之費用，我們將於 **60 個日曆日**內給您書面決定。

**快速（加急）上訴** — 我們將依據您的病況需求，盡快為您作出快速上訴決定，一般是在我們收到您的上訴後 **72 小時**內。如果您或您的醫生認為等待標準上訴的決定可能會嚴重損害您的健康，您可以申請快速上訴。

**如果醫生為您申請，或您的醫生支持您的申請，我們會自動為您提供快速上訴。**如果您在沒有醫生支持的情況下申請快速上訴，我們將決定您的請求是否需要快速上訴。如果我們不為您提供快速上訴，我們將於 **7 個日曆日**內作出決定。

## 如何向 IEHP DualChoice 提出 1 級上訴

**步驟 1：**您、您的代理人或您的保健業者必須在收到此通知之日起 **60 個日曆日**內提出上訴。

您的書面請求必須包括：

- 您的姓名
- 地址
- 會員編號
- 上訴理由
- 您想要標準上訴還是快速上訴（對於快速上訴，請說明您需要快速上訴的原因）。
- 您希望我們審查的任何證據，例如醫療記錄、醫生證明（例如假使您申請快速上訴，則提供醫生的支持聲明）或其他說明您為什麼需要 B 部分藥物的資訊。如果您需要此資訊，請致電您的醫生。

我們建議您保留發送給我們的所有內容的副本作為記錄。

您可以在上訴之前或上訴期間要求查看我們用於作出決定的醫療記錄和其他文件。您還可以免費索取我們用於作出決定的指引副本。

**步驟 2：** 郵寄、傳真或遞交您的上訴或致電我們。

<b>對於標準上訴：</b>	郵寄地址：	IEHP DualChoice P.O. Box 1800 Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
	電話：	1-877-273-IEHP (4347)
	TTY 使用者請撥打：	1-800-718-4347
	傳真號碼：	909-890-5748

如果您透過電話提出標準上訴，我們將向您複誦您的請求，以確保我們已正確記錄。我們還將向您發送一封信函，確認您告訴我們的內容。該信函將告訴您如何進行任何更正。

<b>對於快速上訴：</b>	電話：	1-877-273-IEHP (4347)
	TTY 使用者請撥打：	1-800-718-4347
	傳真號碼：	909-890-5748

**接下來呢？**

如果您提出 1 級上訴，而我們依然拒絕您的服務請求，我們將向您發送書面決定。

如果該服務最初為 Medicare 服務或 Medicare 和 Medi-Cal 都承保的服務，我們會自動將您的個案發送給獨立審查員。如果獨立審查員拒絕您的請求，書面決定將說明您是否有額外的上訴權利。

如果該服務為 Medi-Cal 服務，您可以申請進行**獨立醫療審查 (IMR)** 或**州聽證會**。您的書面決定將說明您如何提出下一級上訴。下文也會有相關資訊。

**如何申請進行獨立醫療審查 (IMR)**

您可以請求加州管理式醫療保健部門（以下簡稱部門）對 Medi-Cal 承保的服務和項目進行獨立醫療審查 (IMR)。如果您不同意 IEHP DualChoice 的 1 級上訴決定，或者 IEHP DualChoice 於 30 天後仍未解決您的 1 級上訴，您可以申請進行 IMR。在特殊情況下，您也可以申請進行獨立醫療審查 (IMR)，而無需先向本計劃提出上訴。

在大多數情況下，您必須在申請 IMR 之前向 IEHP DualChoice 提出 1 級上訴；但如果出現下列情形，您可能無需先向 IEHP DualChoice 提起上訴即可獲得 IMR：

- 您的問題很緊迫，對您的健康構成直接和嚴重的威脅。
- IEHP DualChoice 拒絕 Medi-Cal 服務或治療，因為其帶有試驗性或研究性。

如果您已經就同一問題召開過州聽證會，則不能申請進行 IMR。如果您對 IMR 的結果感到不滿，您仍然可以申請舉行州聽證會。

### 如何申請 IMR。填寫

[www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx) 上提供的線上獨立醫療審查/投訴表，您也可以填寫本通知隨附的紙本 IMR 申請表並將其寄至：

Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
傳真號碼：916-255-5241

如果您選擇寄送，您可以附上有關被拒服務或項目的信件或其他文件的副本。如果您要這樣做，請寄送文件副本，而不是原件。部門幫助中心可能無法退回所有原始文件。

您或您的代理人必須在我們向您發送書面決定後的 **6 個月** 內申請 IMR。然而，部門可能出於正當理由延長 6 個月期限，例如您的病況使您無法在 6 個月內申請 IMR，或者您沒有得到有關 IMR 流程的充分通知。

請撥打**加州管理式醫療保健部門 (Department of Managed Health Care, DMHC) 的免費電話 1-888-466-2219** 以獲得免費協助。

加州管理式醫療保健部門負責管理醫療保健服務計劃。如果您想對您的保健計劃提出申訴，在聯絡該部門之前，您應該先致電保健計劃（電話為：**1-877-273-IEHP (4347)**）並使用保健計劃的申訴流程。使用該申訴程序不會影響您享有任何潛在法律權利或救濟方式。對於涉及急診的申訴、對您保健計劃的解決結果感到不滿的申訴，或在 30 天後仍未得到解決的申訴，您可以致電該部門獲得援助。您可能有資格獲得獨立醫療審查 (IMR)。如果您有資格獲得 IMR，IMR 將在流程中公正地審查保健計劃作出的醫療決定。此類決定關於提議的服務或治療的醫療必要性、對試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付款爭議。該部門還設有免費專線 (**1-888-466-2219**) 以及服務於聽障及語障人士的 TDD 專線 (**1-877-688-9891**)。可以在該部門的網站 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) 上獲取投訴表格、IMR 申請表及相關說明。

### 接下來呢？

如果您有資格獲得 IMR，DMHC 將審查您的個案，並在 7 個日曆日內向您發送一封信，告知您有資格獲得 IMR。從您的計劃收到您的申請和支持文件後，將在 30 個日曆日內做出 IMR 決定。您應該會在提交填妥的申請表後的 45 個日曆日內收到 IMR 決定。

如果您的個案很緊急並且您有資格獲得 IMR，DMHC 將審查您的個案，並在 2 個日曆日內向您發送一封信，告知您有資格獲得 IMR。從您的計劃收到您的申請和支持文件後，將在 3 個日曆日內做出 IMR 決定。您應該會在提交填妥的申請表後的 7 個日曆日內收到 IMR 決定。

如果 DMHC 沒有從您或治療您的醫生處收到所需的所有醫療記錄，則 IMR 可能需要更長時間。如果您的醫生不在您的保健計劃網絡中，那麼您從該醫生處獲取並向我們發送您的醫療記錄非常重要。您的保健計劃需要從網絡內的醫生處獲取您的醫療記錄副本。

不屬於 IEHP DualChoice 的醫生將審查您的個案。DMHC 將向您發送一封解釋該決定的信函。如果 IMR 決定對您有利，IEHP DualChoice 必須為您提供所申請的服務或治療。如果您不同意該決定，只要您沒有就同一問題召開過州聽證會，您就可以申請舉行州聽證會。

如果您沒有資格獲得 IMR，您的問題將透過 DMHC 的標準投訴流程進行審核。您將在 30 天內收到有關該決定的書面通知。如果您決定不使用 IMR 流程，您可能會放棄依據加州法律就您所申請的服務或治療對 IEHP DualChoice 採取法律行動的權利。

## 如何申請舉行州聽證會

如果相關服務為 Medi-Cal 承保的服務或項目，您可以申請舉行州聽證會。只有在您對本保健計劃提出上訴，並收到您有異議的書面決定後，您才能申請舉行州聽證會。請注意，如果您舉行州聽證會，您將無法申請進行獨立醫療審查 (IMR)。

**步驟 1：** 您或您的代理人必須在我們發出維持不利於您的理賠決議（1 級上訴決定）通知之日起 **120 天**內申請舉行州聽證會。填寫將與您的上訴決定通知一併提供的「州聽證會申請表 (Form to File a State Hearing)」。確保包含所有要求提供的資訊。

**步驟 2：** 將填妥的表格寄至：

California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430  
傳真號碼：916-651-5210或916-651-2789

您也可以撥打 1-800-952-5253 (TTY: 1-800-952-8349) 申請舉行州聽證會。如果您決定透過電話提出請求，請知悉，電話線路會非常繁忙。

## 接下來呢？

州政府將舉行聽證會。您可以親自或透過電話出席聽證會。您將被要求告訴州政府您為什麼不同意我們的決定。您可以請朋友、親戚、辯護人、保健業者或律師協助您。您將收到一份書面決定，說明您是否擁有額外的上訴權利。

本通知的副本已發送至：<insert PCP name/requesting Provider name>。

## 獲取幫助和更多資訊

- 致電 **IEHP DualChoice**，電話：1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點（太平洋標準時間），每週 7 天（包括節假日）。TTY 使用者請撥打 1-800-718-4347。您也可以造訪我們的網站：[www.iehp.org](http://www.iehp.org)。
- 致電**加州管理式醫療保健部門**獲取免費協助，以了解您的權利和有關投訴及獨立醫療審查 (IMR) 流程的資訊，電話：1-888-466-2219。
- 致電**健康消費者聯盟 (Health Consumer Alliance)** 以取得有關您的醫療保健的免費協助，電話：1-888-804-3536。

- 致電 **Cal MediConnect Ombuds Program** 以獲得免費協助。Cal MediConnect Ombuds Program 可幫助 Cal MediConnect 會員解決有關服務或帳單的問題。其可以與您討論如何提出上訴，以及在上訴過程中的注意事項。電話號碼為 1-855-501-3077。
  - 致電 **Medicare**，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。
  - 致電 1-800-333-4114 聯繫 **Medicare 權利中心**。
  - 致電**健康保險諮詢與宣導計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)** 尋求免費幫助。HICAP 是一個獨立組織，與本計劃無關。電話號碼為 1-800-434-0222。
  - 諮詢**您的醫生或其他保健業者**。您的醫生或其他保健業者可以代表您要求作出承保決定或上訴。
  - 您也可以參閱**會員手冊第 9 章**，了解關於如何提出上訴的資訊。
- 

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 是與 Medicare 及 Medi-Cal 簽約的保健計劃，旨在為參保者提供這兩項計劃的福利。

您可以免費索取本文件的其他格式版本，例如大字版、盲文版或音訊版。請撥打 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為早上 8 點至晚上 8 點（太平洋標準時間），每週 7 天（包括節假日）。TTY 使用者請撥打 1-800-718-4347。電話服務免費。