

拒絕決定重審上訴

說明: 請填寫本表，要求對我們拒絕、延遲或修改您或您的代表提出的服務或服務付款請求決定提出上訴。請將填妥的表格寄至以下地址。保健計劃服務部會將上訴表格呈交至首席醫務官或保健計劃服務部高級主任。然後負責有關上訴程序的主任會確保表格交與中立的一方作公正的審閱。

日期: _____

寄往: On Lok PACE
Health Plan Services Department
1333 Bush Street
San Francisco, CA 94109

投訴人姓名: _____

參加者/參加者代理人/服務提供者（請圈上其中一項）

上訴人的地址和電話號碼

On Lok PACE 號碼

中心

我， _____，參加者 / 代表 / 服務提供者（圈選一項），
姓名

在此對以下服務或服務付款的拒絕、延遲或修改決定提出上訴：

理由如下：

請審閱我的上訴並將裁決結果儘快通知我。

簽名

日期

加州醫療保健管理部負責醫療保健服務計劃的管理。如果您想要申訴保健計劃，應先致電您的保健計劃，電話號碼：**415-292-8895**或**1-888-996-6565**，並在聯絡該部門前，先使用保健計劃的申訴程序。利用此申訴程序並不會妨礙任何潛在法律權利，或可能提供給您的補救措施。關於涉及急診的申訴、未由保健計劃滿意解決的申訴，或超過**30**天仍未解決的申訴，如果您需要協助，請

致電該部門。您也可能符合『獨立醫療審核』(Independent Medical Review, IMR)資格。如果您符合IMR資格，對於保健計劃關於建議服務或治療之醫療必要性、關於治療性質為實驗性或研究性之承保決定，以及關於急診或緊急護理之付款爭議的醫療決定，IMR程序將會提供公正的審核。該部門也提供免費電話(1-888-466-2219)，並為聽障及語障人士提供TDD專線(1-877-688-9891)。該部門的網站：<http://www.dmh.ca.gov>線上提供申訴表格、IMR申請表格，以及指示。

For On Lok PACE Staff Use Only:

- ☐ On Lok PACE staff member who received the appeal:
 ____ Health Plan Services Department
 ____ Social Worker
 ____ Other, specify: _____
- ☐ Request received by the On Lok PACE staff member identified above: Date _____ Time _____
- ☐ Health Plan Services Department notified of the appeal by telephone or e-mail:
 Date _____ Time _____
- ☐ Health Plan Services Department sent a written acknowledgment to the participant: Date _____
- ☐ Health Plan Services Department telephoned acknowledgement of receipt to the participant:
 Date _____ Time _____
- ☐ Health Plan Services Department sent a written notification of the decision to the participant:
 Date _____ Time _____
- ☐ Health Plan Services Department telephoned notification of the decision to the participant:
 Date _____ Time _____