

會員申訴/上訴表

電話：1(415) 547-7800 或 1(800) 288-5555
傳真：1(415) 547-7825

SAN FRANCISCO
HEALTH PLAN 

Here for you

Grievance Coordinator
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
sfhp.org

此表格用於： <input type="checkbox"/> 申訴 <input type="checkbox"/> 上訴		SFHP USE ONLY Receipt Date:	
會員姓名：		會員 ID 編號：	今日日期：
街道地址：		城市：	郵編：
出生日期：	電話：	日間電話：	留言電話：
人員姓名（如與以上不同）：			
關係：		代表的電話：	代表的傳真：
問題詳細描述：（如有必要，使用並附上其他表格）			問題出現日期：
您如何嘗試解決問題？（如有必要，使用並附上其他表格）			
您希望有人如何處理此問題？（如有必要，使用並附上其他表格）			
您是否需要語言協助？ <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要		何種語言？	
您是否有需要額外安排的任何身體殘障？			
您對未來三天需要醫療照護是否有疑問，或者您是否有嚴重疼痛？描述等待我們的答覆超過三天將會傷害您的健康的原因（如有必要，使用並附上其他表格）。您可能符合加速申訴或上訴的資格。			
要求會員簽名 ¹ :		日期：	
僅供上訴之用請列出您要上訴的藥物/服務：			

¹ 簽署本表格則表示您同意讓 SFHP 工作人員就此問題向您致電。

San Francisco Health Plan (SFHP) 工作人員「隨時為您服務」。我們可以透過電話幫助您填寫此表格。請您周一至周五撥打 **1(415) 547-7800** 或 **1(800) 288-5555**，工作時間為 8:30am 至 5:30pm。或者，在我們收到此表格後，就會有人透過電話或郵件聯絡您。我們將與您密切合作，以瞭解您的投訴。我們希望瞭解問題並幫助解決問題。我們將以我們能夠做到的任何方式幫助您，並回答任何您所存在的問題。我們可以用任何語言幫助您。

我們希望您知道：

- 投訴是您的權利。不會有人因此「懲罰」您。
- 您可以向您的醫生、護士或 San Francisco Health Plan 投訴。
- 我們會在您投訴之時以口頭或書面形式提供幫助。
- 每份投訴對 San Francisco Health Plan 都很重要。
- 在我們調查您的投訴時，您的醫生或護士仍將為您提供醫療護理。
- 在您的健康面臨即刻危險的情況下，我們將努力在 72 小時內答覆投訴。

如果您不同意我們對您的醫療治療做出的決定，您可以提出上訴。如果您是 **Medi-Cal** 計劃會員，則您自「採取行動通知」日期起有 **60 天** 的時間提出上訴。但是，如果您現在正接受治療，並希望繼續接受治療，則您必須在此信件蓋郵戳或交到您手上後 **10 日**內，或在您的健康計劃說將要終止服務之前提出上訴。您必須在上訴時表明您希望繼續得到治療。如果您是 **Healthy Workers HMO** 會員，則您自「採取行動通知」日期起有 **180 天** 的時間提出上訴。請聯絡 San Francisco Health Plan 瞭解如何透過電話、書信或電子手段提出上訴。

您的健康計劃有 30 日的時間答覆您。屆時您將收到一封「上訴決議通知書」信函。此信函將告知您健康計劃的決定。如果您在 **30 日**內沒有收到信函，您可以：

- 請求「獨立醫療審查」(IMR)，將由一名與該健康計劃無關的外部審查員來審查您的案例。IMR 適用於 SFHP Medi-Cal 和 Healthy Workers HMO 計劃會員。
- 請求「州聽證會」，將有法官審查您的案例。州聽證會只適用於 SFHP Medi-Cal 計劃會員。

如果您認為等待 30 日會對您的健康有害，則您可以在 72 小時內得到答覆。提出上訴時，說明等待為什麼會傷害您的健康。確保您請求「加急上訴」。

您可以同時請求 **IMR** 和州聽證會。您還可以先請求其中一種方式，看其是否能先解決您的問題。例如，如果您先請求 **IMR**，但是不同意其決定，則您之後仍可以請求州聽證會。但是，如果您首先請求州聽證會，而聽證會已經舉行，則您無法請求 **IMR**。在這種情況下，州聽證會擁有最終決定權。您不必支付 **IMR** 或州聽證會的費用。

如果您想要請求 **IMR**，則您必須首先向您的健康計劃提出上訴。若您未在 30 天內得到有關健康計劃的答復，或您對健康計畫的決定不滿意，然後您可以請求 **IMR**。您必須在「上訴決議通知書」信件日期後 **180 日**內申請 **IMR**。

您也可以在不先提起上訴的情況下，立即獲得 **IMR**。這適用於您的健康面臨直接威脅的情況，或者請求因治療被視為實驗性或調查性治療而被拒絕的情況。

California 管理式醫療保健部門負責監管醫療保健服務計劃。若您需要對您的健康計劃提起申訴，您應在聯絡該部門之前，首先電話聯絡您的健康計劃，電話：**1(415) 547-7800** 或

1(800) 288-5555 並使用您的健康計劃的申訴程序。利用此申訴程序並不禁止您可以享有的任何潛在合法權利或補救措施。如果您的緊急情況申訴需要幫助，您的健康計劃未能令您滿意地解決申訴，或申訴超過 30 日仍未得到解決，則您可以致電該部門尋求援助。

您可能還有資格申請獨立醫療審查 (IMR)。若您符合 IMR 資格，則 IMR 程序將公正地審查健康計劃作出的與所建議的服務或治療的醫療必要性有關的決定、本質為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付款糾紛。該部門亦提供免費電話號碼 (1-888-466-2219) 並為聽障及有語言障礙人士提供 TDD 專線 (1-877-688-9891)。本部門的網站 www.dmhc.ca.gov 載有投訴表、IMR 申請表和線上指引。

若您是 Medi-Cal 會員，並希望舉行州聽證會，您可在 **120 天**內寄發此「上訴決議通知書」信函。您可以透過電話或寫信請求州聽證會：

- 透過電話：致電 **1(800) 952-5253**。此號碼可能非常繁忙。您可能會收到一則告知您稍後回電的簡訊。如果您說不好或聽不清，請致電 TTY/TDD，電話：**1(800) 952-8349**。
- 以書面形式：填寫州聽證會申請表或寄函至：

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

在您請求州聽證會後，可能最多需要 90 日來對您的案例作出決定並答覆您。如果您認為等這麼久會對您的健康有害，則您可以在 3 個工作日內得到答覆。請求您的醫生或健康計劃為您寫信。信函必須詳盡說明在最長 90 日內等待您的案例的決定將如何嚴重危及您的生命、您的健康或者您最大程度獲得、維持或最大機能的能力。然後，確保您請求「**加急聽證會**」，並隨您的聽證請求一起提供此信函。

您可能會親自在州聽證會上發言。您也可以讓親屬、朋友、辯護者、醫生或律師代您發言。如果您想讓其他人代您發言，則您必須告訴州聽證會辦公室，此人已獲准代您發言。此人被稱為「**授權代表**」。

您可能獲得免費法律協助。撥打 Health Consumer Alliance 熱線電話：**1(888) 804-3536**。您還可以致電所在縣的 Legal Aid Society、Bay Area Legal Aid，電話：**1(800) 551-5554**。