

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

申訴協調員

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		只供 SFHP 使用收到日期：	
會員姓名：		會員 ID 編號：	今日日期：
街道地址：		城市：	郵遞區號：
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：
詳細描述問題：(如有必要，使用並附上其他表格)			問題出現日期：
您是如何嘗試解決此問題的？(如有必要，使用並附上其他表格)			
您希望某人如何處理此問題？(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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		什麼語言？	
您是否有需要額外安排場所的任何身體殘障？			
在未來三天，您是否有需要醫療照護的問題？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：		日期：	
只用於上訴請列出您要上訴的藥物/服務：			

San Francisco Health Plan (SFHP) 的員工「竭誠為您服務」。我們可以透過電話幫助您填寫此表格。請於週一至週五 8:30am 至 5:30pm 給我們致電

· 電話：**1(415) 547-7800** 或 **1(800) 288-5555**
· 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。沒有人會「懲罰」您。
- 您可以投訴您的醫生、您的護士或 San Francisco Health Plan。
- 我們將以口頭或書面形式協助您提出投訴。
- 每個投訴對 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。
- 在您的健康即刻面臨威脅之時，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，自「採取行動通知」日期起，您有 **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。在提出上訴時，您必須說您希望繼續接受治療。如果您是 **Healthy Kids HMO** 或 **Healthy Workers HMO** 會員，自「採取行動通知」日期起，您有 **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」信函。此信函將告訴您健康計劃的決定內容。如果您在 **30 日**內未收到信函，您可以：

- 請求「獨立醫療審核」(IMR)，將由一個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 Medi-Cal 計劃、Healthy Kids HMO 和 Healthy Workers HMO 會員。

- 請求「州聽證會」，將由法官來審查您的案例。州聽證會只適用於 SFHP Medi-Cal 計劃會員。

您可以同時請求 **IMR** 和州聽證會兩種方式。您還可以先請求其中一種方式，看其是否能解決您的問題。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，如果您先請求州聽證會，並且該聽證會已經舉行，則您將無法請求 **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。

如果您認為等待 30 日會對您的健康有害，則您也許可以在 72 小時內得到答覆。提出上訴時，說明為什麼等待會傷害您的健康。確保您請求「加速上訴」。

如果您想要進行 **IMR**，則您必須首先向您的健康計劃提出上訴。如果您在 30 日內未收到您的健康計劃的來信，或者如果您對您的健康計劃的決定不滿意，那麼您隨後可以請求 **IMR**。您必須在收到「上訴決議通知」信函起 **180 日**內請求 **IMR**。

您可能不用提出上訴即可獲得 **IMR**。這適用於您的健康即刻面臨威脅的情況，或者因治療被視為實驗性或調查性治療使得請求遭拒的情況。

California Department of Managed Health Care 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申訴程序。利用此申訴程序並不妨礙您可以享有的任何潛在合法權利或補救措施。如果您需要幫助提交緊急情況申訴、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核 (**IMR**)。如果您符合 **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。該部門亦提供免費熱線 **(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** 上載有投訴表、IMR 申請表和線上指引。

如果您是 Medi-Cal 計劃會員或者您希望進行州聽證會，則您可以在收到郵寄的「上訴決議通知」信函後 120 日內提出請求。您可以透過電話或以書面形式請求州聽證會：

- 透過電話：致電 **1(800) 952-5253**。此號碼可能非常繁忙。您可能會收到一則要求您稍後再打電話的訊息。如果您說不好或聽不清，請致電 **TTY/TDD 1(800) 952-8349**。
- 透過寫信：填寫州聽證會申請表或寫信至：
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。如果您認為等待太長時間會對您的健康有害，則您也許可以在 3 個工作日內得到答覆。請求您的醫生或健康計劃代您寫信。信函必須詳盡說明為何等待超過 90 天裁定您的案例將嚴重損害您的生命、您的健康或者您獲得、保持或恢復最佳身體機能的能力。然後，確保您請求「加速聽證」，並提供您請求進行聽證的信函。

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」。

如果您是聽障人士，請撥打 TDD/TYY 專線：**1(415) 547-7830** 和免費熱線：**1(888) 883-7347** 或透過撥打 **711** 接通加州殘障轉接服務 (California Relay Service)。您可索取其他格式的本文件，例如：盲文、大號字體列印和音頻等。如欲索取其他格式或需要協助閱讀本文件和其他 SFHP 材料，請致電客戶服務部，電話：**1(415) 547-7800**，或撥打免費電話：**1(800) 288-5555**。