



行動通知  
關於您的治療請求

<Date>

<To the Parents of: if under 16 years of age>

<Member's Name>

<Address>

<City, State Zip>

Treating Provider's Name:

<Requesting Provider Name>

<Requesting Provider Address>

<Requesting Provider City, State Zip>

身分識別號碼： <Reference Number>

關於： <Service Category>

此非拒絕服務通知。

此通知旨在告知您，按照[Medical group/IPA name]與 Inland Empire Health Plan 簽署的合同，其不負責提供或授權上述服務。

您可以直接獲得由[Entity responsible for carved-out service]提供的服務。您可以致電[telephone number]聯絡他們。您也可以致電 1- 800-440-4347 / 1-800-718-4347 TTY 聯絡 Inland Empire Health Plan，尋求護理協調援助。

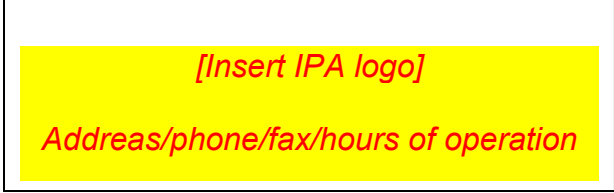
如果您認為此決定有誤，您可以提出上訴。隨附的「您的權利」(Your Rights) 資訊通知中有上訴方式。其同時列出了提供免費援助的地點。其中也包括免費法律援助。建議您提交任何有助於您個案的資訊。「您的權利」通知上標明了申請上訴的截止日期。

州 Medi-Cal 管理式護理監察官辦公室可以幫助您解決任何疑問。您可以致電 1-888-452-8609 聯絡他們。您也可以向您的醫生尋求援助，或致電 1- 800-440-4347 / 1-800-718-4347 TTY 聯絡我們。

此通知不會影響您獲得任何其他 Medi-Cal 服務。

[Medical Director's Name]

隨附：「您在 Medi-Cal 管理式護理中的權利」  
「無歧視及語言援助標語通知第 1557 節」



您在  
**MEDI-CAL** 管理式護理中的權利

---

如果您不同意醫療決定，您可以提出上訴。對您的保健計劃提出此上訴。

### 如何提出上訴

您可以在此「行動通知」所標註日期起的 **60 天**內提出上訴。但是，如果您當前正在接受並且想要繼續接受治療，您必須在此函蓋戳日期或寄送日期起的 **10 天**內，或在您的保健計劃停止提供服務前申請上訴。當您提出上訴時，您必須表明您想要繼續接受治療。

你可以透過電話、書面或線上形式提出上訴：

- 電話：在上午 8:00 至下午 5:00 間致電 1-800-440-IEHP (4347) 聯絡 IEHP。或如果您有聽力或語言障礙，請致電 1-800-718-4347。
- 書面：填寫上訴表格或寫一封信函並將其郵寄至：

Inland Empire Health Plan  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

您醫生的診所可以提供上訴表格。您的保健計劃也可以向您寄送表格。

- 線上：造訪您保健計劃的網站。前往 [www.iehp.org](http://www.iehp.org)。

您可以親自提出上訴。或您可以讓親戚、朋友、辯護人、醫生或律師代您提出上訴。您可以向您的保健計劃發送任何類型的資訊，以供其審查。除作出初步決定的醫生之外的其他醫生將審查您的上訴。

您的保健計劃將在 **30 天**內作出回覆。屆時，您將收到「上述決議通知」(Notice of Appeal Resolution) 信函。您可以在信函中查閱保健計劃作出的決定。如果您未在 **30 天**內收到信函，您可以：

- 申請「**獨立醫療審查**」(*Independent Medical Review, IMR*)，讓與您的保健計劃無關的外部審查員審查您的個案。
- 申請「**州聽證會**」，讓法官審查您的個案

請閱讀以下內容，了解如何申請 IMR 或州聽證會。

## 快速上訴

如果您認為等待 30 天將損傷您的健康，您或許可以在 72 個小時內得到回覆。當您提出上訴時，您需要說明等待會損傷您健康的原因。務必申請「快速上訴」。

---

## 如果您不同意上訴決定

如果您提出了上訴並且已收到表示您的保健計劃仍不提供服務的「上訴決議通知」信函，或您未在 30 天內收到告知決定的信函，您可以：

- 申請「獨立醫療審查」(IMR)，讓與您的保健計劃無關的外部審查員審查您的個案。
- 申請「州聽證會」，讓法官審查您的個案

您可以同時申請 IMR 及州聽證會。您也可以申請其中之一，以確定其是否能先一步解決您的問題。例如，如果您先申請 IMR，但您不同意其作出的決定，您之後仍然可以申請州聽證會。但是，如果您先申請州聽證會，並且其已經召開，則您無法申請 IMR。州聽證會對該個案有最終決定權。

您無需為 IMR 或州聽證會付費。

---

## 獨立醫療審查 (IMR)

如果您想申請 IMR，您必須先對您的保健計劃提出上訴。如果您未在 30 天內收到保健計劃的回覆，或您對保健計劃的決定感到不滿，您可以申請 IMR。您必須在「上訴決議通知」信函所標註日期起的 **180 天**內申請 IMR。

您可以在未先提出上訴的情況下立即獲得 IMR。前提是您的健康受到直接威脅或您申請的治療因具備試驗性或研究性而遭到拒絕。

以下內容將說明申請 IMR 的方式。請注意「申訴」同時包括「投訴」及「上訴」。

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，您應該先致電 **1-800-440-IEHP (4347)** 與其聯絡，並在聯絡該部門前先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、試驗性或研究性治療的承保範圍決定以及急診或緊急醫療服務的付款爭議。可以致電免付費電話 **1-888-HMO-2219** 及 TDD 專線 **1-877-688-9891**（有聽力及語言障礙的人士）與該部門聯絡。可以造訪該部門的網站 (<http://www.hmohelp.ca.gov>)，線上獲取投訴表格、IMR 申請表及相關說明。

---

## 州聽證會

如果您想申請州聽證會，您必須在「上訴決議通知」信函所標註日期起的 **120** 天內提出申請。您可以透過電話或書面形式申請州聽證會：

- **電話**：致電 **1-800-952-5253**。該電話可能會經常佔線。您可能會收到稍後再撥的提示訊息。如果您有語言或聽力障礙，請致電 **TTY/TDD 1-800-952-8349**。
- **書面**：填寫州聽證會表格或寄送一封信函至：

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

請務必填妥您的姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼以及您申請州聽證會的原因。如果他人幫助您申請州聽證會，請在表格或信函中寫下其姓名、地址及電話號碼。如果您需要口譯服務，請告知我們您使用的語言。您無需為口譯服務付費。我們將為您提供口譯人員。

您申請州聽證會後，州聽證會將至多在 **90** 天內裁決您的個案並給您回覆。如果您認為等待如此長的時間會損害您的健康，您或許可以在 **3** 個工作日內得到回覆。可讓您的醫生或保健計劃代您書寫信函。必須在信函中詳細說明等待州聽證會裁決您的個案至多 **90** 天將如何嚴重危害您的生命、健康或您達到、維持或重新獲得最優身體功能的能力。在那之後，請務必申請「**快速聽證會**」並且將信函與聽證會申請表一起提交。

您可親自出席州聽證會。或讓親戚、朋友、辯護人、醫生或律師代您發言。如果您想讓他人代您發言，您必須告知州聽證會辦公室其已獲准代您發言。這類人被稱為「授權代表」。

## 法律援助

您可獲得免費法律援助。可致電 **1-800-952-5210** 聯絡州消費者事務部。您可致電 **1-888-804-3536** 聯絡您所在縣的當地法律援助協會。