

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。保健計劃服務部的職員會將上訴表格呈交醫務主任或保健計劃主任。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: Health Plan Associate
On Lok Lifeways
1333 Bush Street
San Francisco, CA 94109

投訴人姓名: _____
會員/會員代理人/服務提供者 (請圈上其中一項)

以上投訴人的地址或電話號碼

On Lok 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

加州管理性醫療護理部負責督管各醫療保健計劃。如您對保健計劃的服務有不滿或意見，在向加州管理性醫療護理部投訴之前，您應首先致電您的醫療保健計劃，〔415-292-8895〕或打免費電話〔1-888-996-6565〕，依循計劃的投訴程序解決問題。使用此種投訴方式並不影響您可享有的法律及採用其他解決方法的權利。但若投訴屬於緊急情況，或不滿意計劃解決投訴的方法，或投訴經過三十天後仍未解決，您可以致電加州管理性醫療護理部要求協助。您可能符合獨立醫療評審〔IMR〕的資格。如您符合IMR資格，IMR會就保健計劃提出的，必要醫療服務或治療的建議，屬實驗性或研究性的治療承保決定、或緊急或急切醫療服務付款之糾紛，作出無偏私的評審。該部門同時設有一個免費電話號碼〔1-888-HMO-2219〕和TDD線〔1-877-688-9891〕供聽覺或講話有困難者使用。該部門的網頁〔<http://www.hmohelp.ca.gov>〕載有投訴表格和指示、IMR申請表和指示等。

For On Lok Lifeways Staff Use Only:

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