

您在牙科管理式照護下的 KNOX-KEENE 權利

如果您仍不同意本決定，您可以：

- 要求「獨立醫療審查」，由與牙科計畫沒有關係的外部審查人來審查您的個案
- 要求舉行「州政府聽證會」，由法官來審查您的個案

您可以同時要求進行獨立醫療審查和州政府聽證會。您也可以先要求進行其中一項，看其是否能先解決您的問題。例如，如果您先要求進行獨立醫療審查，但不同意相關決定，您之後仍可以要求舉行州政府聽證會。不過，如果您先要求舉行州政府聽證會，且聽證會已經舉行，則您無法要求進行獨立醫療審查。在此情況下，州政府聽證會則擁有最終決定權。

您無需為獨立醫療審查或州政府聽證會付費。

獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR)

如果您想要求進行獨立醫療審查，您必須在本上訴決議通知函日期起的 **180 天**內提出要求。以下段落為您提供如何要求進行獨立醫療審查的資訊。¹ 請注意，「申訴」一詞同時指「投訴」和「上訴」兩者。

「California Department of Managed Health Care 部門負責管理醫療保健服務計畫。

如您想對您的牙科計畫提出申訴，在致電 部門之前，請先撥 **1-844-233-4522**，

聽障專線 TTY：1-800-466-7566 並使用您牙科計畫的申訴程序。使用此申訴程序並不會妨礙您的任何潛在法定權利或可能可使用的補救措施。如果您需要協助處理涉及緊急情況的申訴、您的牙科計畫未圓滿解決的申訴、或在提出 **30 天**後仍未獲得解決的申訴，您可致電 部門尋求協助。您也可能符合獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 資格。若您符合獨立醫療審查 (IMR) 資格，則獨立醫療審查 (IMR) 程序會就牙科計畫對於建議性服務或治療的醫療必要性、對於實驗或研究性質的治療之承保決定，以及對於急診或緊急醫療服務給付爭議等相關醫療決定，進行公正的審查。部門也設有免付費電話號碼 **(1-888-466-2219)**，以及為聽語障人士提供的聽障專線 (TDD) **(1-877-688-9891)**。部門的網站 (www.dmhc.ca.gov) 有提供線上投訴表、獨立醫療審查 (IMR) 申請表和說明。」

¹ 健康與安全法典 (Health and Safety Code, HSC) 第 1368.02(b) 節。健康與安全法典 (HSC) 可於以下網址搜尋：<https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codesTOCSelected.xhtml>

州政府聽證會

如果您想要求舉行州政府聽證會，您必須在本上訴決議通知函日期起不超過 **120 天** 提出要求。不過，如果您的牙科計畫在牙科計畫的上訴程序期間持續為您提供存在爭議的服務 (待定給付援助)，並且您希望在您的州政府聽證會作成決定前持續接受該服務，則您必須在收到本上訴決議通知函起的 **10 天** 內要求舉行州政府聽證會。當您以這種方式要求舉行州政府聽證會時，雖然您的牙科計畫必須向您提供「待定給付援助」，但您仍應讓您的牙科計畫瞭解您希望在您的州政府聽證會作成決定前獲得「待定給付援助」。您應致電 **1-844-233-4522** 聯絡 **Health Net Dental**，服務時間為週一至週五，上午 8 時至下午 5 時。如果您有聽力或語言障礙，請撥打聽語障專線 (TTY/TDD)：**1-800-466-7566**。

您可以透過以下方式要求舉行州政府聽證會：

- 線上 www.cdss.ca.gov
- 電話：撥打 **1-800-743-8525**。該電話可能忙線。您可能會聽到語音訊息，請您稍後來電。如果您有語言或聽力障礙，請撥打 聽語障專線 (TTY/TDD) **1-800-952-8349**。
- 書面形式：填寫州政府聽證會表格或寫信。透過郵件或傳真寄至：

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

傳真：(916) 309-3487 或免付費專線 1-833-281-0903

本函隨附州政府聽證會表格。請務必提供您的姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼以及您希望舉行州政府聽證會的原因。如果有人協助您要求舉行州政府聽證會，請在表格或信函中提供此人的姓名、地址和電話號碼。如果您需要口譯員，請告訴州政府聽證會部門您說的是哪種語言。您無須為口譯員服務支付費用。州政府聽證會部門將為您提供口譯員。如果您有殘疾，州政府聽證會部門可以免費為您提供特殊便利設施，以協助您參加聽證會。請提供有關您殘疾和所需便利設施的資訊。

在您要求舉行州政府聽證會後，最多可能需要 **90 天** 時間才能對您的個案做成決定並將結果寄給您。如果您認為等待這麼久會危害您的健康或牙齒功能，您也許能在 **3 天** 內獲得回覆。請讓您的牙醫或牙科計畫為您出具信函。該信函必須詳細解釋，對於您的個案而言，等待最長達 **90 天** 時間將如何嚴重危害您的健康或牙齒功能。然後，確保您要求特急聽證會，並將這封信連同您的聽證會要求一併提供。

適用於 Knox-Keene 計畫 (NAR)

您可以在州政府聽證會上為自己發言。您可以請親戚、朋友、代理人、牙醫或律師代表您發言。如果您希望由某人為您發言，則您必須告訴州政府聽證會部門，這個人可以代表您發言。這個人稱為授權代表。

法律協助

您可能可以取得免費法律協助。請致電 **Center for Health Care Rights** 熱線：**1-800-824-0780**。您也可以撥打 **1-888-804-3536** 聯絡您所在郡縣的當地法律援助協會 (Legal Aid Society)。