

您在 KNOX-KEENE
牙科管理式医疗下享受的权利

在为您的牙科保健制定计划时，如果不同意所作出的决定，您可以提起上诉。

我该如何要求上诉？

自收到本“受理通知”函之日起，您有 **60** 天的时间提出上诉。如您的牙科保健计划已决定要减少、暂停或结束您目前所获服务，您可以在上诉获裁决前继续接受这项服务。这称为“暂领补助”。要想取得“暂领补助”的资格，您必须自本受理通知函签发之日起 **10** 天之内，或在您牙科保健计划中称您的服务将要变更之日前，对您牙科保健计划提出上诉。当您在上述时限内提出上诉时，即使您的牙科保健计划必须向您支付“暂领补助”，但当您提出上诉时，您应该让您的牙科保健计划知道您希望在上诉裁决前获得“暂领补助”。

如果您错过了请求上诉的 **10** 天期限，或者在您服务将要变更之日前未请求上诉，您仍有 **60** 天的时间（自收到本“受理通知”函之日起）请求上诉。但是，在您的上诉裁决期间，您将不会获得“暂领补助”。

您可以自己提出上诉。或者让亲戚、朋友、代理人、牙医或律师等人为您提出上诉。该人被称为“授权代表”。您的牙科保健计划可以为您提供一份表格，来确定您的“授权代表”。您或您的授权代表可以发送您希望您的牙科保健计划审查的任何内容，以便对您的上诉作出决定。审查您的上诉的牙医与作出第一个决定的牙医不会是同一位。

您可以通过电话、书面或电子方式提出上诉：

- 通过电话：请联系 **Health Net Dental**，在上午 **8:00** 至下午 **5:00** 之间致电 **1-833-493-0428**。如果您存在听力或言语障碍，请致电 **1-833-493-0428**。
- 书面方式：请填写上诉表格或撰写信函并发送至：

Appeals and Grievances Department
P.O. Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

传真：1-877-713-6189

适用于 Knox-Keene 计划 (NOA)

牙医办公室将为您提供上诉表。您的牙科保健计划也可以向您发送该表。

- 电子方式：请访问您的牙科保健计划网站。前往 www.healthnet.com。

我的上诉何时会得到裁决？

就“标准上诉”而言，您的牙科保健计划必须在 **30** 天内以书面形式回复您的上诉。如果您认为等待 **30** 天会对您的健康造成损伤，您或许可在 **72** 小时内得到决定。请在提出上诉时，对您的牙科保健计划说明为什么等待会对您的健康造成损伤。请确定您要求申请“加急上诉”。

就“加急上诉”而言，您的牙科保健计划须设法对您上诉作出的决定口头告知您。就“标准上诉”和“加急上诉”而言，您的牙科保健计划将向您邮寄一封“上诉决议通知”函。这封信函将告知您，您的牙科保健计划对您的上诉作出了什么决定。

我可以要求进行独立的医学审查和州听证会吗？

“独立医疗审查”是指与牙科保健计划无关的外部审查员将审查您的个案。“州听证会”是指法官将审查您的个案。

如果您不同意您的牙科保健计划对您服务的决定，您可以向您的牙科保健计划提出上诉。如果您仍然不同意您的牙科保健计划对您的上诉作出的决定，或者自您向牙科保健计划提出上诉以来至少已经过了 **30** 天，您可以请求“管理式医疗保健部”（DMHC）进行“独立医疗审查”。DMHC 的工作人员将决定您的问题是否符合独立医疗审查的条件。

大多数情况下，直到首次完成您的牙科保健计划的内部上诉程序之前，您才有资格申请“州听证会”。但是，有时您可以直接申请“州听证会”。如果您的牙科保健计划未能适当地或及时通知您的服务，就会发生这种情况。这称为“视为权利穷竭”。下面是“视为权利穷竭”的部分示例：

- 牙科保健计划未使用您的首选语言向您提供这封“受理通知”函。
- 牙科保健计划犯的错误会影响到您的任何权利。
- 牙科保健计划并未向您发出一封书面的“受理通知”函，告知您计划对您的服务所采取的行动。
- 牙科保健计划在其书面“上诉决议通知”函中有误。
- 牙科保健计划未在 **30** 天内对您的上诉作出裁决并向您发送了一封“上诉决议通知”函。
- 牙科保健计划确定您属于紧急个案，但是未在 **72** 小时内对您的上诉做出回应并向您发送了一封“上诉决议通知”函。

适用于 Knox-Keene 计划 (NOA)

有时，您可以同时申请“独立医疗审查”和“州听证会”。您也可以先申请其中之一，看能否先解决您的问题。例如，如果您先申请“独立医疗审查”，但不同意该裁决，您仍然可以在之后申请“州听证会”。但如果您先申请“州听证会”，但听证会已经举行，则不能申请进行“独立医疗审查”。在这种情况下，“州听证会”拥有最终决定权。

您无需为该“独立医疗审查”和“州听证会”付费。

我该如何申请独立医疗审查？

下文将为您提供有关如何向 DMHC 申请“独立医疗审查”的信息。¹ 请注意，“申诉”一词包含了“投诉”和“上诉”：

“加利福尼亚州管理医疗卫生部负责管理卫生保健服务计划。如果您对您的牙科保健计划有不满，应首先致电 **1-833-493-0428** 联系您的牙科保健计划，并在联系该部门之前采用您的牙科保健计划的申诉流程。使用该申诉程序并不妨碍您的任何潜在法律权利或补救措施。如果您在处理涉及紧急情况的申诉时需要帮助、您的牙科保健计划未能令您满意地解决申诉，或申诉超过 **30** 天仍未解决，您可以致电该部门寻求帮助。您可能也符合申请进行“独立医疗审查”(IMR) 的资格。如果您符合申请进行 IMR 的资格，IMR 流程将对牙科保健计划作出的医疗决定进行公正审查，该医疗计划涉及拟定服务或治疗的医疗必要性、试验性或研究性治疗的覆盖范围决定以及急诊或紧急医疗服务的付款争议。该部门还为听力和言语障碍者提供免费电话 **(1-888-466-2219)** 以及 TDD 热线 **(1-877-688-9891)**。该部门的网站 <https://www.dmhc.ca.gov/> 可提供投诉表、IMR 申请表和在线说明。”

我该如何申请州听证会？

如上所述，您可以有资格申请“州听证会”。

您可以通过以下方式申请“州听证会”：

- 请在线访问 <https://www.cdss.ca.gov/>
- 通过电话：致电 **1-800-743-8525**。该号码可能非常繁忙。您可能会收到一则要求您稍后再打电话的讯息。如果您在听力和言语方面存在障碍，请致电 TTY/TDD **1-800-952-8349**。

¹ 《健康及安全守则》第 1368.02(b) 条。HSC 可在以下网址搜索：
<https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codesTOCSelected.xhtml>

适用于 Knox-Keene 计划 (NOA)

- 书面方式：请填写“州听证会”表格或撰写信函。通过邮寄或传真发送至：

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

传真：(916) 309-3487 或免费电话 1-833-281-0903

本信函附有一份“州听证会”表格。请务必附上您的姓名、地址、电话号码、社会保险号码和/或 CIN 号码，以及您希望举行“州听证会”的原因。如果由他人帮助您申请举行“州听证会”，请在表格或信函中添加他们的姓名、地址和电话号码。如果您需要一名口译员，请告知“州听证会”您使用的语言。您无需为该口译员付费。“州听证会”部门会为您安排一名口译员。如果您有残疾，“州听证会”部门可以为您免费提供特殊安排，以帮助您出席听证会。请提供有关您的残疾以及您所需安排的信息。

在您请求州听证会后，对您的个案作出决定并答复您可能最多需要 90 天的时间。如果您认为等待 90 天会对您的健康造成损伤，您可以申请“加急听证会”。如果“州听证会”批准了您的“加急听证会”申请，您可能在收到您的牙科保健计划个案档案之日起 3 天内获得听证会决定。

您可以拨打上述电话号码向“州听证会”部门申请“加急听证会”。或者，您可以把“州听证会”表格或信函发送给“州听证会”部门。您必须详细说明等待长达 90 天获得决定将如何损害您的生命、健康或是否获得、保持或恢复最大功能的能力。您还可以从您牙医那里收到一封信函，以帮助您解释为何要举行“加急听证会”。

您可以在“州听证会”上替自己辩护。或者，您可以让亲戚、朋友、代理人、牙医或律师等人替您辩护。如果您想让别人替您辩护，那么您必须签署一份表格，通知“州听证会”部门，这个人可以替您辩护。该人被称为“授权代表”。

法律援助

您可以获得免费法律援助。请联系

Entity Name	Telephone	County Served
Legal Services of Northern California	(888) 354-4474	Sacramento

您也可以致电 1-888-804-3536 与您所在郡县的“当地法律援助办公室”联系。