

「您的權利」

您在 KNOX-KEENE 牙科管理式照護下的權利

如果您對牙科計畫針對您牙科照護所作的決定有異議，您可向牙科計畫申請上訴。

我該如何申請上訴？

自本行動通知信函所示日期開始算起，您有 **60** 天的時間可以申請上訴。如果牙科計畫決定減少、暫停或終止您目前正在接受的某項（些）服務，您可能可以繼續接受該（這些）服務，直到上訴決定結果出來為止。這稱為待審期間補助給付。如欲符合待審期間補助給付的資格，您必須在本行動通知信函所示日期起的 **10** 天內或在牙科計畫表示您的服務將會變更之日前向牙科計畫申請上訴。即使牙科計畫必須在您於上述期限內申請上訴時為您提供待審期間補助給付，當您申請上訴時，您仍應告知牙科計畫您想獲得待審期間補助給付，直到上訴決定結果出來為止。

如果您錯過此申請上訴的 **10** 天期限，或者您沒有在服務變更日期之前申請上訴，從本行動通知信函所示日期開始算起，您仍有 **60** 天的時間可以申請上訴。然而，在您上訴待決期間，您將無法獲得待審期間補助給付。

您可以自己申請上訴。也可以請諸如親戚、朋友、代理人、牙醫或律師等其他人士代您提出上訴。該人士稱為授權代表。牙科計畫可為您提供一份表格，以確認您授權代表的身分。您或您的授權代表可以寄送您希望牙科計畫在裁決上訴時審查的任何資訊。將審查您上訴的牙醫與作出初審決定的牙醫不是同一個人。

您可透過電話、書面方式或在線上提出上訴：

- 透過電話：請於上午 8:00 至下午 5:00 致電 **1-833-493-0428** 以聯絡 Health Net Dental。如果您有聽力或語言障礙，請撥打 **1-833-493-0428**。
- 透過書面方式：填寫上訴申請表，或書寫信函並寄送至：

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

適用於 Knox-Keene Plans (NOA)

傳真：1-877-713-6189

您牙醫的診所將會備有上訴申請表。牙科計畫也可將上訴申請表寄給您。

- 透過線上：請瀏覽您牙科計畫的網站。請瀏覽 www.healthnet.com。

我的上訴何時將會獲得裁決？

針對標準上訴，牙科計畫必須在 **30** 天內透過書面方式回覆您的上訴。如果您認為等候 **30** 天的時間將會損害您的健康，您可能可以在 **72** 小時內獲得裁決。當您向牙科計畫申請上訴時，請說明為何等候將會損害您的健康。確保您申請的是加急上訴。

針對加急上訴，牙科計畫必須盡量針對您的上訴為您提供口頭決定通知。不論是標準上訴還是加急上訴，牙科計畫均會郵寄上訴解決通知信函給您。該信函將會告知您牙科計畫針對您上訴所作的決定。

我是否可以申請獨立醫療審查和州政府聽證會？

在獨立醫療審查中，您的個案將由與牙科計畫無關的牙醫進行審查。在州政府聽證會中，您的個案將由法官進行審查。

如果您對牙科計畫針對您服務所作的決定有異議，您可向牙科計畫申請上訴。如果您仍對牙科計畫的上訴決定有異議，或者在您向牙科計畫提出上訴後至少已過 **30** 天，您可向 **Department of Managed Health Care (DMHC)** 申請獨立醫療審查。DMHC 工作人員將會判定您的問題是否符合獨立醫療審查的資格。

在大多數情況下，您必須先完成牙科計畫的內部上訴程序，而後才有資格申請州政府聽證會。但在某些情況下，您可直接申請州政府聽證會。如果您的牙科計畫沒有正確或適時地通知您有關服務的資訊，此規定便適用。這稱為「認定已用完問題解決方法」。以下是「認定已用完問題解決方法」的一些例子：

- 牙科計畫沒有以您慣用的語言為您提供此行動通知信函。
- 牙科計畫有作業疏失，導致您的任何權利受到影響。
- 牙科計畫沒有為您提供書面行動通知信函，告知您其打算針對您服務採取的行動。
- 牙科計畫在書面上訴解決通知信函中的資訊有誤。
- 牙科計畫未在 **30** 天內針對您的上訴作出決定並寄送上訴解決通知信函給您。
- 牙科計畫判定您的個案情況緊急，但卻未在 **72** 小時內針對您的上訴作出回覆並寄送上訴解決通知信函給您。

適用於 Knox-Keene Plans (NOA)

有時候，您可同時申請獨立醫療審查和州政府聽證會。您也可以先申請其中一種，看看其是否能夠先解決您的問題。例如，如果您先申請獨立醫療審查，但您對獨立醫療審查的決定有異議，則您可申請州政府聽證會。但是，如果您先申請州政府聽證會，且聽證會已經舉行，則您無法申請獨立醫療審查。在此情況下，州政府聽證會將有最終決定權。

您將無需為獨立醫療審查或州政府聽證會付費。

我該如何申請獨立醫療審查？

以下段落為您提供如何向 DMHC 申請獨立醫療審查的資訊。¹ 請注意，「申訴」一詞在此處同時意指投訴和上訴：

「California Department of Managed Health Care 負責管理醫療保健服務計畫。如果您想對您的牙科計畫提出申訴，您應先致電 1-833-493-0428 與您的牙科計畫聯絡並使用您牙科計畫的申訴程序，而後才與該部門聯絡。使用此申訴程序並不會使您失去任何潛在法定權利或您可能獲得的補償。如果您需要協助處理涉及緊急情況的申訴、您的牙科計畫未針對您的申訴提出令您滿意的解決方案，或您的申訴在 30 天後仍未獲得解決，則您可致電向該部門尋求協助。您可能也符合申請獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合申請 IMR 的資格，IMR 程序將會針對牙科計畫就後述事項所作的醫療決定進行公正的審查：提議之服務或治療的醫療必要性、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給付爭議。California Department of Managed Health Care 也設有免付費電話 (1-888-466-2219)，並為聽語障人士提供專線電話 (1-877-688-9891)。該部門的網站 <https://www.dmhc.ca.gov/> 上有投訴表、IMR 申請表和線上說明。

我該如何申請州政府聽證會？

如上所述，您可能有資格申請州政府聽證會。

您可透過下列方式申請州政府聽證會：

- 透過線上：<https://www.cdss.ca.gov/>
- 透過電話：請致電 1-800-743-8525。該號碼可能非常忙碌。您可能聽到請您稍後重撥的訊息。如果您有言語或聽力障礙，請致電聽語障專線 1-800-952-8349。

¹ 《健康與安全法規》(HSC) 第 1368.02(b) 節。您可透過下列網站搜尋 HSC：
<https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codesTOCSelected.xhtml>

適用於 Knox-Keene Plans (NOA)

- 透過書面方式：填寫州政府聽證會申請表或寫信。將申請表或信函郵寄或傳真至：

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

傳真：(916) 309-3487 或免付費電話 1-833-281-0903

本信函隨附了州政府聽證會申請表。請務必包含您的姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼和／或客戶識別號碼 (CIN)，以及您希望舉行州政府聽證會的理由。如果有其他人協助您申請州政府聽證會，請將其姓名、地址及電話號碼加註在表格或信函中。如果您需要使用口譯員，請告知州政府聽證會部門您所使用的語言。您將無需為口譯員付費。州政府聽證會部門將為您安排一名口譯員。如果您是殘疾人士，州政府聽證會部門可為您免費安排特殊便利設施，以協助您參與聽證會。請註明您的殘疾資訊以及您所需的便利設施。

在您申請州政府聽證會後，最長可能需要 90 天的時間才能針對您的個案作出決定並寄送答覆給您。如果您認為等候 90 天的時間將會損害您的健康，您可申請加速聽證會。如果州政府聽證會部門核准您的加速聽證會申請，您可能可在州政府聽證會部門透過牙科計畫收到您個案檔案之日起的 3 天內獲得聽證會決定。

您可致電上述電話號碼與州政府聽證會部門聯絡以申請加速聽證會。或者，您可寄送州政府聽證會申請表或寫信給州政府聽證會部門。您必須解釋等候決定長達 90 天的時間將會如何損害您的生命、健康，或是獲得或維持身體最佳機能的能力。您也可向牙醫索取一封信函，以協助證明為何您需要舉行加速聽證會。

您可以在州政府聽證會上自己發言。也可以請諸如親戚、朋友、代理人、牙醫或律師等其他人士代您發言。如果您想請其他人代您發言，則您必須簽署一份表格，告知州政府聽證會部門該人士可代您發言。該人士稱為授權代表。

法律協助

您可能可以獲得免費的法律援助。請致電以下機構：

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

您也可以致電 1-888-804-3536 與您所在郡縣的當地法律援助辦公室聯絡。