

上訴程序

當 On Lok PACE 決定不為您希望接受的服務提供承保時，您可以採取行動改變我們的決定。您採取的行動（無論是以口頭還是書面形式）稱為「**上訴**」。您可以用以下方式提出上訴：撥打電話號碼 **415-292-8895**，或撥打我們的免費電話號碼 **1-888-996-6565 (TTY: 711)**，或寄信至我們的保健計劃服務部（地址：**1333 Bush Street, San Francisco, CA 94109**）。

以下是我們上訴程序的說明。我們提供上訴的定義、標準和加急上訴的程序、上訴所做決定的類型、和在做出最後決定時的情況。

定義：上訴指參與者對於我們組織不予承保或不予支付某項服務費用（包含拒絕、減少或終止服務）的決定所採取的行動。

在您投保計劃時，及其後的每年，以及當 On Lok PACE 拒絕服務或付款要求時，您將會收到關於上訴程序的書面資訊。如果我們拒絕、延期或修改您的服務或服務付款要求，您有權提出上訴。您可以透過口頭或書面形式提出上訴。再議我們的決定將由未參與最初決策過程的人士進行。我們將確保相關人士公正且持有適當執照，來就有爭議之服務的必要性作出決定。您或您的代表可親自或寫信給我們提供或遞交相關事實和／或證據來進行審核。

標準與加急上訴程序：上訴程序分為兩種類型：標準上訴程序與加急上訴程序。我們將在下方描述這兩種程序。

如果您要求**標準上訴**，則您的上訴必須在服務或服務付款要求被拒絕、延期或修改後的一百八十 (180) 個曆日內提出。這是顯示在「服務或付款要求行動通知」(Notice of Action for Service or Payment Request, NOA) 上的日期。（如果有適當理由，該 180 天的限制可延長。）在收到上訴後的五 (5) 個曆日內，On Lok PACE 將以書面形式確認已收到上訴。我們將依照您的健康需要，盡快對您的上訴做出決定，但不晚於我們收到上訴後的三十 (30) 個曆日。

如果您認為，若未取得您要的服務，您的生命、健康或康復的能力將處於危險之中，則您或任何初級保健提供者可要求**加急上訴**。如果任何初級保健提供者為您要求加急上訴，或支持您要求加急上訴，我們將自動根據您的健康需要盡快決定上訴，但不晚於我們收到上訴要求後的七十二 (72) 小時。如果您要求延長，或如果我們向加州醫療保健服務部證明需要更多資訊，以及延後將對您有益，我們可能會將此期限最多至延長十四 (14) 天。

如果您在無治療初級保健提供者支持的情況下要求**加急上訴**，我們將會決定您的健康狀況是否需要我們加快作出決定。如果我們決定拒絕**加急上訴**，我們將會在七十二 (72) 小時內告知您。在這種情況下，您的上訴將被視為標準上訴。

請注意：如果您選擇繼續接受有爭議的服務，On Lok PACE 將會繼續提供該服務，直到上訴程序完成為止。如果我們維持最初「不」承保或減少服務的決定，您可能需要負責支付在上訴程

序期間所提供之有爭議服務的費用。

以下資訊描述了上訴程序，供您或您的代表在希望提出上訴時遵循：

1. 如果您或您的代表提出服務要求或服務付款，而 On Lok PACE 拒絕、延期或修改此要求，則您可上訴該決定。我們將向您和／或您的代表提供一份「**服務或付款要求行動通知**」(Notice of Action for Service or Payment Request, NOA)，其中將說明拒絕、延期或修改服務要求或付款要求的原因。
2. 您可以口頭、親自、來電或透過書面形式向您參加的中心跨學科團隊的任何成員提出上訴。工作人員將確保您收到上訴程序的書面資訊，且您的上訴記錄在適當的表格上。您將需要提供完整的上訴資訊，使適當的工作人員得以及時有效地協助您解決上訴的問題。您或您的代表可親自或寫信至下方地址，提供或遞交相關事實和／或證據來進行審核。如需更多資訊，保健計劃服務部或您參加的中心的跨學科團隊成員將與您聯絡，協助您獲取缺少的資訊。
3. 如果您想要透過電話提出上訴，您也可以聯絡我們的保健計劃服務部，電話：**415-292-8895** 或免費電話：**1-888-996-6565**，索取上訴表格和／或取得提出上訴上的協助。**聽障專線：711**。
4. 如果您想要以書面形式提出上訴，請向工作人員索取上訴表格。請將您的書面上訴寄至安樂居保健計劃服務部：

On Lok PACE
Health Plan Services Department
1333 Bush Street
San Francisco, CA 94109

5. 對於**標準**上訴，我們將在五 (5) 個工作天內向您寄送書面的上訴收件確認。對於**加急**上訴，我們將在一 (1) 個工作天內透過電話或親自通知您或您的代表已收到加急上訴要求。
6. On Lok PACE 的再議決定將由未參與最初決策過程的人士諮詢跨學科團隊進行。我們將確保相關人士公正且持有適當執照，來就您要求之服務的必要性作出決定。
7. 在 On Lok PACE 完成上訴審核後，我們將以書面形式通知您或您的代表關於上訴的決定。視需要且根據決策結果，如果決定對您不利，On Lok PACE 將告知您和／或您的代表關於其他您可能擁有的上訴權利。請參考以下資訊：

關於您上訴的決定：

如果我們對於服務要求之標準上訴的決定完全對您有利，則我們必須依您健康情況的需要盡快提供或安排服務，但不晚於我們收到上訴要求後的三十 (30) 個曆日。**如果我們對於付款要求的決定完全對您有利**，則我們必須在收到您上訴要求後的六十 (60) 個曆日內付款。

如果我們對於標準上訴的決定並未完全對您有利，或如果我們未能在三十 (30) 天內向您提供決定，您有權透過聯邦醫療保險 (Medicare) 或加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) 尋求外部上訴 (請見下方的額外上訴權利)。我們也必須在作出不完全對您有利的決定時盡快通知您，並通知聯邦醫療保險及醫療補助服務中心，以及加州醫療保健服務部。我們將以書面形式通知您關於您在聯邦醫療保險 (Medicare) 或加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) 管理式照護或兩者中的上訴權利。如果兩者均適用，我們將協助您選擇尋求哪一項。我們也會將您的上訴寄送至適當的審核單位。

如果我們對於加急上訴的決定完全對您有利，則我們必須視您健康情況的需要盡快許可您獲得該服務，或給予您該服務，但不晚於在我們收到上訴要求後的七十二 (72) 小時。

如果我們對於加急上訴的決定並未完全對您有利，或如果我們未能在七十二 (72) 小時內通知您，您有權透過聯邦醫療保險 (Medicare) 或加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) 尋求外部上訴 (請見下方的額外上訴權利)。我們也必須在作出不完全對您有利的決定時盡快通知您，並通知聯邦醫療保險及醫療補助服務中心，以及加州醫療保健服務部。我們將以書面形式通知您關於您在聯邦醫療保險 (Medicare) 或加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) 管理式照護或兩者中的上訴權利。如果兩者均適用，我們將協助您選擇尋求哪一項。我們也會將您的上訴寄送至適當的審核單位。

在加州醫療補助計劃 (Medi-Cal)、聯邦醫療保險 (Medicare) 或加州醫療保健管理部 (California Department of Managed Health Care, DMHC) 的額外上訴權利

如果我們對於上訴的決定對您不利，或未能在要求的期限內向您提供決定，則您有額外的上訴權利。您可透過口頭或書面形式提出外部上訴要求。下一級的上訴涉及透過聯邦醫療保險 (Medicare) 或加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) (或兩者)，或加州醫療保健管理部對於您上訴要求之公正的新審核。

聯邦醫療保險 (Medicare) 計劃與「獨立審核組織」簽約，為涉及 PACE 計劃的上訴提供外部審核。此審核組織完全獨立於我們的 PACE 組織。

加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) 透過州公平聽證程序進行其下一級的上訴。如果您加入了加州醫療補助計劃 (Medi-Cal)，您可以在所要求之服務或服務付款受到拒絕、延期、修改、延後、減少或停止時提出上訴。在您收到最終決定前，您可以選擇繼續接受這些服務。然而，如果決定對您不利，您可能需要支付這些服務的費用。

如果您同時加入了聯邦醫療保險 (Medicare) 與加州醫療補助計劃 (Medi-Cal)，則我們將協助您選擇應遵循的上訴程序。我們也必須將您的上訴寄送至適當的審核單位。

如果您不確定自己是否加入了聯邦醫療保險 (Medicare) 或加州醫療補助計劃 (Medi-Cal)，或兩者皆加入，請詢問我們。聯邦醫療保險 (Medicare) 與加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) 外部上訴程序將於下方說明。

加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) 外部上訴程序

如果您加入了加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) 及聯邦醫療保險 (Medicare)，或僅加入了加州醫療補助計劃 (Medi-Cal)，且選擇使用加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) 的外部上訴程序來上訴我們的

決定，我們會將您的上訴寄送至加州社會服務處。自決定日起最多九十(90) 天內，您可以在上訴期間透過以下部門隨時要求公平聽證：

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
電話: 1-800-952-5253
傳真: 833-281-0905
聽障專線: 1-800-952-8349

如果您選擇要求州公平聽證會，則您必須在收到 On Lok PACE 的「服務或付款要求行動通知」(Notice of Action for Service or Payment Request, NOA) 後的九十 (90) 天內提出要求。

您可在州聽證程序上發言，或讓某人代表您發言，例如您所熟識之人，包含親戚、朋友或律師。您可能也可以取得免費的法律協助。在我們拒絕、延期或修改服務或服務付款時，我們將提供一份您居住縣的法律服務事務所列表。

對於標準或加急上訴，如果行政法官 (Administrative Law Judge, ALJ) 對您上訴的裁決對您有利，On Lok PACE 將遵循法官關於在期限內為您提供所要求之服務或服務付款的指示。

對於標準或加急上訴，如果 ALJ 對您上訴的裁決對您不利，您仍有進一步的上訴可用，我們將協助您尋求上訴。

聯邦醫療保險 (Medicare) 外部上訴程序

如果您同時加入了聯邦醫療保險 (Medicare) 及加州醫療補助計劃 (Medi-Cal)，或僅加入了聯邦醫療保險 (Medicare)，您可以選擇使用聯邦醫療保險 (Medicare) 的外部上訴程序。我們會為您將您的個案寄送至相應的聯邦醫療保險 (Medicare) 獨立審查組織。聯邦醫療保險 (Medicare) 目前與 C2C Innovative Solutions, Inc. 和 Maximus Federal Services 簽約，來公正地審查涉及像我們這樣的 PACE 計劃的上訴。聯邦醫療保險 (Medicare) 獨立審查組織將就其審查結果與我們聯絡。聯邦醫療保險 (Medicare) 獨立審查組織將會維持我們原先的決定，或改變我們的決定，並作出對您有利的裁決。

您可透過以下方式聯絡 C2C Innovative Solutions, Inc. 進行聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分藥物上訴：

C2C Innovative Solutions, Inc.
P.O.Box 45309
Jacksonville, FL 32232-5309
電話：833-919-0198
傳真：833-710-0580

對於所有其他 PACE 服務上訴，您可透過以下方式聯絡 Maximus Federal Services：

Maximus Federal Services
PACE Appeal Project
3750 Monroe Avenue, Suite 702
Pittsford, NY 14534-1302
電話：585-348-3300
傳真：585-425-5292

標準外部上訴

如果我們拒絕您對於非緊急服務的請求，或不支付某項服務費用，您可要求**標準外部上訴**。對於標準外部上訴，您將在以下時間內獲得關於您的上訴的決定：

- 聯邦醫療保險 (Medicare) 獨立審查組織收到您對聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分藥物的上訴後七 (7) 個日曆日，或聯邦醫療保險 (Medicare) 獨立審查組織收到您對非聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分藥物的服務上訴後的三十 (30) 個日曆日。
- 聯邦醫療保險 (Medicare) 獨立審查組織收到您要求支付聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分藥物費用的上訴後十四 (14) 個日曆日，或聯邦醫療保險 (Medicare) 獨立審查組織收到您要求支付非聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分藥物服務費用的上訴後六十 (60) 個日曆日。

聯邦醫療保險 (Medicare) 獨立審查組織可能會要求更多時間審查對非聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分藥物服務的上訴，但必須在十四 (14) 個日曆日內將決定告訴我們。

對於標準上訴，**如果聯邦醫療保險 (Medicare) 獨立審查組織的決定對您有利：**

如果您要求了您並未接受的服務，則我們必須視您健康狀況的需要盡快提供該服務，但不得遲於：**(a)** 我們收到聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分藥物的決定後七十二 (72) 小時，或 **(b)** 我們收到非聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分藥物的服務決定後十四 (14) 個日曆日。

或者

如果您要求了您已接受之服務的付款，則我們必須在收到決定後的三十 (30) 個日曆日內支付該服務的費用。

加急外部上訴

如果您認為不接受特定服務將危害您的健康，您可要求**加急外部上訴**。對於加急外部上訴，我們會視您健康狀況的需要，盡快將您的個案寄送至聯邦醫療保險 (Medicare) 獨立審查機構。聯邦醫療保險 (Medicare) 獨立審查組織必須在收到上訴後的七十二 (72) 小時內給予我們決定。聯邦醫療保險 (Medicare) 獨立審查組織可能會要求更多時間審查對非聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分藥物服務的上訴，但必須在十四 (14) 個日曆日內將決定告訴我們。

對於加急上訴，**如果聯邦醫療保險 (Medicare) 獨立審查組織的決定對您有利：**

我們必須視您健康狀況的需要，盡快提供或為您安排接受該服務，但不得遲於：(a) 我們收到聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分藥物的決定後二十四 (24) 小時，或 (b) 我們收到非聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分藥物的服務決定後七十二 (72) 小時。

如果聯邦醫療保險 (Medicare) 獨立審查組織的決定對您的標準上訴或加急上訴均對您不利，還有更多級別的上訴，而我們會協助您繼續上訴。

加州醫療保健管理部獨立醫療審核 (Independent Medical Review, IMR) 程序

加州醫療保健管理部 (DMHC) 負責提供獨立醫療審核 (IMR) 程序給未加入聯邦醫療保險 (Medicare) 的醫療保健服務計劃參與者 (如果同時加入了聯邦醫療保險 (Medicare) 與加州醫療補助計劃 (Medi-Cal)，或僅加入了聯邦醫療保險 (Medicare)，即為「加入了聯邦醫療保險 (Medicare)」)。如果您符合 IMR 資格，On Lok PACE 將會提供一份關於您在此計劃中之權利的單獨書面說明。

「加州醫療保健管理部負責醫療保健服務計劃的管理。如果您想要申訴保健計劃，應先致電您的保健計劃，電話號碼：**415-292-8895** 或 **1-888-996-6565**，並在聯絡該部門前，先使用保健計劃的申訴程序。利用此申訴程序並不會妨礙任何潛在法律權利，或可能提供給您的補救措施。關於涉及急診的申訴、未由保健計劃滿意解決的申訴，或超過 30 天仍未解決的申訴，如果您需要協助，請致電該部門。您可能符合「獨立醫療審核」(Independent Medical Review, IMR) 資格。如果您符合 IMR 資格，對於保健計劃關於建議服務或治療之醫療必要性、關於治療性質為實驗性或研究性之承保決定，以及關於急診或緊急護理之付款爭議的醫療決定，IMR 程序將會提供公正的審核。該部門也提供免費電話 (**1-888-466-2219**)，並為聽障及語障人士提供聽障專線 (**1-877-688-9891**)。該部門的網站：<http://www.dmhc.ca.gov> 線上提供申訴表格、IMR 申請表格，以及指示。」