



California's Protection & Advocacy System

## Medi-Cal 管理式护理： 上诉和申诉

---

2018 年 7 月更新， 刊号#5606.04 – Simplified Chinese

如果我对 **Medi-Cal** 管理式医疗计划所做的某些事有异议，我该怎么办？

自 2017 年 7 月 1 日起，加利福尼亚州开始实行新的联邦法规，这些法规规定了您如何就福利相关决定或争议提出上诉，以及您如何通过申诉将其他事件提请管理式医疗计划注意。首先，直接和您的提供者谈话或拨打您所在计划的客户服务电话是最好的办法。如果这么做无法解决问题，您可以采取以下其中一项行动。关于新联邦法规的更多信息，您可以在此阅读关于此问题的《国家卫生法计划》（NHeLP）刊物：[点击此处查看 NHeLP 网站上的“问题摘要 2: Medicaid 管理式医疗最终法规——申诉和上诉系统”](#)。

NHeLP 还编写了一份关于 Medi-Cal 管理式医疗上诉和申诉的非常详细的出版物（第 4 期：[Medi-Cal 管理式医疗计划中关于服务否认案例的内部申诉和外部审查](#)），并且可在以下地址下载：[点击此处查看 NHeLP 网站上的“加利福尼亚管理式医疗计划系列，第 4 期：Medi-Cal 管理式医疗计划中关于服务否认案例的内部申诉和外部审查”](#)。

注：《All Plan Letter》第 17-006 号中含有更多关于下文所讨论的通知形式等内容的详细信息，可[点击此处从 DHCS 网站上获得《All Plan Letter》第 17-006 号的 PDF 版本：“申诉和上诉要求及修订后通知模板以及‘您的权利’附件”](#)。

### I. 向您的管理式医疗计划提出上诉。

首先，很重要的一点是了解不利利益决定（ABD）。<sup>1</sup> ABD 是由您的管理式医疗计划采取的、会影响您的护理的行动，比如服务的延迟、更改、否认或

减少，某项服务的否认或仅部分支付报酬，或者判定申请的服务并非承包范围内的福利。**ABD** 一次如今被用于替代“行动通知”或“**NOA**”。关于 **ABD** 所含内容的更多信息，请查看上文所述《**All Plan Letter**》第 17-006 号的第 2 页。

每个管理式医疗计划必须有一个针对受益人的上诉系统就位。上诉即由您的管理式医疗计划对 **ABD** 的审查。<sup>2</sup> 您必须在收到 **ABD** 通知后 60 天内提交您的上诉。您可以提出口头或书面上诉，但如果您提交的是口头上诉，您还需要向您的健康计划提交一份签名的书面上诉文件。<sup>3</sup> 此外，还必须确保向您的管理式医疗计划、而非您的医师团队或其他提供者团队提交上诉。

您的管理式医疗计划必须在收到上诉后 5 天内就您的上诉提供书面确认。<sup>4</sup> 您的医疗计划通常必须在 30 天内解决问题，并当他们就您的上诉做出决定后向您发送上诉决议通知（**NAR**）。<sup>5</sup> **NAR** 是一份正式信函，旨在通知您 **ABD** 已被推翻或确认，并且应包含关于在您对决定不满意时如何申请州公平听证会的信息。<sup>6</sup>

如果您认为可能对您的健康造成了迫在眉睫的风险和严重的威胁比如严重疼痛或生命、肢体或主要身体机能的丧失，您也可以申请加急上诉。这些情况下，您的健康计划必须在 72 小时内回应您的上诉。同样，这种情况下可以延长 14 天的回复时间。<sup>7</sup> 如果对您的健康存在严重威胁，您可以获得加急上诉。

如果您的健康计划未在上文所述的规定时间内提供决策，则被认为是否认，并且在回应时间到期之日起被视为 **ABD**。<sup>8</sup>

一旦您走完了健康计划的内部上诉程序但未得到满意结果，您可以向加利福尼亚州社会服务部（“**CDSS**”）申请 **Medi-Cal** 公平听证会。<sup>9</sup> 如果您的管理式医疗计划没有在规定时间内向您发送 **NAR**，您也可以申请 **Medi-Cal** 公平听证会。<sup>10</sup> 您必须在收到管理式医疗计划的 **NAR** 之日起 120 个公历日内申请州听证会。<sup>11</sup> 您还可以申请加急审查。

#### A. 采用此两步式流程：

您可以通过此流程在收到 **NOA** 之日起 90 天内申请公平听证会。目前此为两步式流程：首先，在收到 **ABD** 后 60 天内向您的管理式医疗计划提出上诉，

第二，在您收到 NAR 之日起 120 天内申请公平听证会。即便您未收到书面 ABD，但您对影响护理的行动或不作为有异议，您也应通过此两步式流程来上诉。

CDSS 听证会网站：[点击此处前往 DHCS 网站上的“Medi-Cal 公平听证会”页面](#)。关于申请公平听证会的信息见此处：[点击查看 DSS 网站上的“您的听证会权利”页面](#)。

## II. 向您的管理式医疗计划提出申诉

每个管理式医疗计划必须有一个申诉系统就位。如果您对您的管理式医疗计划或健康计划提供者做的某些事不满意，您也可以提交一份和 ABD 无关的申诉，也被称为“投诉”。申诉可包括医生为您提供的服务质量问题，或者医生或其他员工对您很粗鲁等。<sup>12</sup> 有时候，对于您应该提交申诉还是上诉并不很明确。在这种情况下，如果您在应该提交上诉时提交了申诉，您的管理式医疗计划应相应地分辨应该推进哪一项流程。

您的管理式医疗计划必须在收到申诉后 5 天内就您的申诉提供书面确认。<sup>13</sup> 通常情况下，您的管理式医疗计划应该在 30 天内解决申诉。如果您认为可能对您的健康造成了迫在眉睫的风险和严重的威胁比如严重疼痛或生命、肢体或主要身体机能的丧失，您也可以申请加急申诉。在这些情况下，您的健康计划必须在 72 小时内回应您的申诉。

您可以通过口头或书面方式向 Medi-Cal 管理式医疗计划提交申诉。

### A. Medi-Cal 公平听证会

如果您对您的健康计划不满、或者您对 Medi-Cal 服务有任何不满，您也可以申请 Medi-Cal 公平听证会。<sup>14</sup> 不过，这并不意味着裁决您的案件的行政法官（ALJ）始终有权纠正问题。例如，如果您时由于员工对您粗鲁而提出的申诉，并且您不喜欢管理式医疗计划解决申诉的方式，那么 ALJ 无法纠正该问题。不过，如果在比如您的管理式医疗计划由于可能会涉及到护理可及性问题而从来不接您的电话的情况下，ALJ 就能帮到您。

您必须在引起申诉的情况发生后的 90 天内申请听证会。在由于除了不利利益决定（ABD，说明见下文）之外的其他原因而申请听证会时，您无需走完健康计划中的所有内部申诉流程，因此您可以同时提交申诉和听证会

申请。只有涉及到 ABD 时，您才需要在申请公平听证会之前提交上诉。  
CDSS 听证会网站：[点击此处前往 DHCS 网站上的“Medi-Cal 公平听证会”页面](#)。关于申请公平听证会的信息见此处：[点击查看 DSS 网站上的“您的听证会权利”页面](#)。

### III. 寻求管理式卫生保健部门的帮助

如果您与您的健康计划出现争议，管理式卫生保健部门（DMHC）可为您提供帮助，包括申请独立医疗审查、审查申诉、以及提交投诉等。DMHC 根据《Knox-Keene 法案》监管健康计划。《Knox-Keene 法案》为用于监管管理式健康医疗计划的一系列法律。如需关于《Knox-Keene 法案》的更多信息，您可以访问：[点击此处前往 DMHC 网站的“加利福尼亚健康医疗服务计划相关法律”](#)。《Knox-Keene 法案》不适用于实行县独立卫生系统（COHS）的各县，COHS 计划除外——San Mateo 县的健康计划。该健康计划自愿接受《Knox-Keene 法案》要求的监管，但其他 COHS 并非如此：

- CalOptima——Orange 县；
- CenCal Health——Santa Barbara 县和 San Luis Obispo 县；
- Central California Alliance for Health——Santa Cruz 县、Monterey 县和 Merced 县；
- Gold Coast Health Plan——Ventura 县；
- Partnership HealthPlan of California——Solano 县、Napa 县、Yolo 县、Sonoma 县、Mendocino 县、Marin 县、Del Norte 县、Humboldt 县、Lake 县、Lassen 县、Modoc 县、Shasta 县、Siskiyou 县、Trinity。

#### A. 向 DMHC 提交投诉

如果您对管理式医疗计划解决申诉的方式不满意，或者已经过了回应时间，您可向 DMHC 提交投诉。您可以在引起申诉的事件发生后 180 天内向 DMHC 提交“投诉”。<sup>15</sup> 您可以拨打(888) 466-2219 联系 DMHC，或联系 TDD: (877) 688-989。请查看：[点击此处前往 DMHC 网站的“提交投诉”](#)

[页面](#)。您还可以拨打 1 (888) 466-2219 致电 DMHC 帮助中心。关于 DMHC 的信息可访问以下地址：[点击此链接前往网站的“关于 DMHC”页面](#)。

## B. 提交非 Knox-Keene 计划的投诉

如果您参加的是以上五个非 Knox-Keene 计划之一，那么您无法就争议问题从 DMHC 获得帮助。虽然 DMHC 不会审查针对未参与 Knox Keene 的计划的投诉，不过您可以联系卫生保健服务部（DHCS）的 Medi-Cal 管理式医疗计划监察员办公室。您可以拨打电话 1-888-452-8609 或发送邮件至 [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov) 联系他们。更多信息请访问：[点击此处前往 DHCS 网站的“Medi-Cal 管理式医疗计划和心理健康监察员办公室”页面](#)。

您还可以通过您的健康计划在内部解决争议。

## C. 申请独立医疗审查

如果由于您的管理式医疗计划认为没有必要、或者他们表示这是实验性或调查性的，从而导致您的问题被否认、服务/器械/供应被减少或延迟，并且您已经走完了上诉流程，那么对于 Knox Keene 认证的管理式医疗计划，您可以向 DMHC 提交一项独立医疗审查（IMR）申请。收到 NAR 后，您有 6 个月的时间来申请 IMR。

重要信息：如果您选择先申请 IMR，申请州公平听证会的 120 天期限将不再有效。如果您已经出席了州公平听证会，那么您也无法再申请 IMR。牢记这一点非常重要。

您也可以在以下地址申请 IMR：[点击此链接前往 DMHC 网站的“提交独立医疗审查/投诉表”页面](#)。

请前往以下地址查看我们关于独立医疗审查的刊物：[点击此处查看标题为“Medi-Cal 管理式护理：独立医疗审查可将计划的答复从‘否’更改为‘是’”的 DRC 刊物的 PDF 格式](#)。

**注：**如果您参加了《Knox-Keene 法案》认证的健康计划，那么您只能申请 IMR。关于非 Knox-Keene 认证的健康计划，详见上文。

## 在我提交上诉后，我的福利是否继续有效？

是，不过只有当您在服务被减少、怀疑或终止之前，向您的管理式医疗计划提交上诉和申请听证会前支付补助、或者申请 **Medi-Cal** 公平听证会时才会继续。<sup>16</sup>（注：如果您未收到关于服务减少、怀疑或终止的正确书面通知，您也可以<sup>16</sup>在听证会之前恢复您的服务。）

如果您希望申请 **IMR** 以及听证会前支付补助的 **Medi-Cal** 公平听证会，您必须在您的服务被减少、怀疑或终止前申请公平听证会。为了确保您能继续接受服务，您可能需要同时申请 **IMR** 以及听证会前支付补助的公平听证会。随后您可以申请推迟公平听证会，等待 **IMR** 的解决。通过这种方式您可以在听证会前获得补助支付，同时等待 **IMR** 的解决。

---

我们期待您的意见！请填写有关我们刊物的以下调查问卷，让我们知道我们的服务是否完善！[\[填写调查问卷\]](#)

法律援助请致电 **800-776-5746** 或填写[援助申请表](#)。如有其他需求，请致电：**916-504-5800**（北加州）；**213-213-8000**（南加州）。

加利福尼亚州残疾人权利协会由多种资源资助，完整的资助人名单请登陆[点击此处查看加利福尼亚州残疾人权利协会网站上的“文件”标签下的“资金拨款和合同清单”页面](#)。

---

<sup>1</sup> 《All Plan Letter》第 17-006 号，第 6 页，请查阅：[点击此链接获取 PDF 文档](#)——[（返回主文档）](#)

<sup>2</sup> 42 C.F.R. § 438.400(b) —— [（返回主文档）](#)

<sup>3</sup> 42 C.F.R. §§ 438.402(c)(3)(ii)和 438.406(b)(3) —— [（返回主文档）](#)

<sup>4</sup> 《All Plan Letter》第 17-006 号，第 14 页，请查阅：[点击此链接获取 PDF 文档](#)——[（返回主文档）](#)

<sup>5</sup> 42 C.F.R. § 438.408(b)(2) — [\(返回主文档\)](#)

<sup>6</sup> 《All Plan Letter》第 17-006 号，第 9 页，请查阅：[点击此链接获取 PDF 文档](#) — [\(返回主文档\)](#)

<sup>7</sup> 《All Plan Letter》第 17-006 号，第 15 页，请查阅：[点击此链接获取 PDF 文档](#) — [\(返回主文档\)](#)

<sup>8</sup> 42 C.F.R. § 438.404(c)(5)；《All Plan Letter》第 17-006 号，第 5 页，请查阅：[点击此链接获取 PDF 文档](#) — [\(返回主文档\)](#)

<sup>9</sup> 42 C.F.R. § 438.404(b)(3) — [\(返回主文档\)](#)

<sup>10</sup> 42 C.F.R. § 438.408(c)(3) — [\(返回主文档\)](#)

<sup>11</sup> 42 C.F.R. § 438.408(f)(2) — [\(返回主文档\)](#)

<sup>12</sup> 42 C.F.R. § 438.400(b) — [\(返回主文档\)](#)

<sup>13</sup> 《All Plan Letter》第 17-006 号，第 11 页，请查阅：[点击此链接获取 PDF 文档](#) — [\(返回主文档\)](#)

<sup>14</sup> 《福利和机构法》第 10950 条（“如果公共社会服务的任何申请者或接受者对县部门进行的、和他或她申请或接受的公共社会服务相关的任何行动不满意……他或她……应……给与州听证会的机会。”）。也可参阅 22 C.C.R. 第 51014.1 条 — [\(返回主文档\)](#)

<sup>15</sup> 28 C.C.R. § 1300.68(b)(9) — [\(返回主文档\)](#)

<sup>16</sup> 42 C.F.R. § 438.420 — [\(返回主文档\)](#)