

如何申請上訴

如果您的協調式照護組織 (Coordinated Care Organization, CCO)、牙科計劃或心理健康計劃拒絕某項您認為應該屬於承保範圍的服務，您可申請上訴。如欲申請上訴：

- 請填寫本表格的第 3 頁和第 4 頁。請將本表格交還給您的 CCO 或計劃；或者
- 透過電話、信件或傳真與您的 CCO 或計劃聯絡。如果您透過電話申請上訴，且您不需要申請快速上訴，則您還是必須透過書面方式提出申請。

如果您需要協助申請上訴，請向您的 CCO 或計劃的客戶服務部尋求協助。

截止日期

您的 CCO 或計劃必須在行動通知（您所收到的拒絕決議信函）第一頁所示日期起的 60 天內收到您的申請。

如果您在上述截止日期之後才提出申請，您必須證明您是因正當理由才延遲提出申請。

如果我申請上訴，流程將是怎樣？

您 CCO 或計劃的其他護士或醫生將會審查您所要求的服務以及您上訴申請中的所有資訊。

- 此項審查將可協助他們決定是否應該變更該拒絕決議。
- 您有權在他們作出決定之前要求查看此項審查中的所有資訊（請與您 CCO 或計劃的客戶服務部聯絡以提出此項請求）。
- 您和醫生也可以親自或透過書面方式向您的 CCO 或計劃提供更多資訊，以協助他們作決定。

您的 CCO 或計劃將會在您提出申請後的 16 天內寄送上訴解決通知給您，以告知您其決定。

如果服務仍遭到拒絕該怎麼辦？

如果在上訴結束之後，CCO 或您的計劃未變更其拒絕決議，您可向俄勒岡州衛生監管機關 (Oregon Health Authority, OHA) 申請聽證會。

如何申請聽證會

如果您申請上訴但您不同意 CCO 或您計劃所作的上訴決定，您可以向 OHA 申請聽證會。如欲申請上訴：

- 請填寫本表格的第 3 頁和第 4 頁。將表格交還給 OHA 或俄勒岡州公眾服務部 (Oregon Department of Human Services, ODHS) 辦公室；或
- 填寫線上表格，網址為 bit.ly/ohp-hearing-form；或
- 填寫「行政聽證會申請表」(MSC 443) 並將表格交回。如欲索取本表格還是在填寫表格時需要協助，請造訪 ODHS 辦公室或致電 800-273-0557（聽障專線 711）。

您也可以到 OHP.Oregon.gov 網站（點選「Forms」）找到本表格。

截止日期

OHA 必須在上訴解決通知(您所收到的上訴相關信函) 所示日期起的 120 天內收到您的申請。

如果您在上述截止日期之後才提出申請，您必須證明您是因正當理由才延遲提出申請。

如果我申請聽證會，流程將是怎樣？

在舉行聽證會之前，OHA 的工作人員將會致電與您聯絡，以向您索取更多資訊並回答您的問題。

在聽證會上，您可以說明為何您不同意該決定。大多數聽證會均是透過電話進行。下列人士也將會參加聽證會：

- OHA 聽證會代表
- 您 CCO 或計劃的工作人員
- 您的代表或協助您的人（如果有人協助您）
- 行政法官
- 您所邀請的任何證人

在聽證會結束後，法官將會審查在聽證會上所呈遞的資訊並作出決定。您將會在 30 天內收到提議終審裁定（法官的判決）。

聽證會遵守《行政程序法》(Administrative Procedures Act)、《俄勒岡州修正條例》

申請上訴或聽證會前的須知事項

除了申請上訴或聽證會之外，以下是您隨時可以採取的兩項行動。採取這些行動將不會使您申請上訴或聽證會的截止日期延後，因此您必須立即採取這些行動：

1. 您可向您的醫生洽詢有關治療您病症的其他方式。
2. 您可索取我們在作此決定時所使用的資訊。如欲採取這些行動，請致電您 CCO 或計劃的客戶服務部電話號碼。

延續服務

如果您在 CCO 或您的計劃拒絕服務之前便已在接受服務，則您可以要求在您等候上訴或聽證會期間繼續接受服務。如欲要求繼續接受服務，您必須：

- 在本表格第 4 頁的第 8 題勾選「是」；且
- 在行動通知所示「通知日期」或「生效日期」（如果通知中有列出生效日期）起的 10 天內申請上訴，以日期較晚者為準；且
- 在上訴解決通知所示「通知日期」或「生效日期」（如果通知中有列出生效日期）起的 10 天內申請聽證會，以日期較晚者為準。

如果上訴或聽證會並未變更判決，您可能必須為您在行動通知或上訴解決通知所示生效日期當日或之後所接受的服務付費。

如果您在上訴或舉行聽證會時需要協助：

您可以請朋友、家人、權益維護者、醫生或律師在上訴期間或在聽證會上協助您。CCO 或您的計劃將會決定由哪些人參與您的上訴。如果您需要律師，您可致電下列電話尋求協助：

- 致電公共福利熱線 800-520-5292（聽障專線 711）以尋求建議和可能的代表。此熱線是由俄勒岡州法律援助服務處及俄勒岡州法律中心提供。
- 致電 800-452-8260 與俄勒岡州律師協會聯絡，以獲得免費或費用低廉的法律服務。

如果您希望有人在聽證會上代表您，請在本表格或在 MSC 443 表格上向我們提供該人士的聯絡資訊，或將該人士的聯絡資訊告知 OHA 的聽證會代表。

如果您延遲提出申請或取消申請、您沒有申請聽證會或者沒有出席聽證會：

您可能會喪失針對此決定提出上訴或舉行聽證會的權利。如果發生此類情況，由您 CCO 或計劃所寄出的最後決定通知將成為終審判決（或「缺席終審裁定」）。該判決將會從通知日期後的 120 天開始生效。您將不會收到有關本決定的其他通知。終審裁定的記錄將會和您稍後所提交的所有資料一起納入作決定時所使用的個案檔案中。

如果您取消聽證會申請或者您錯過聽證會日期，您將會收到一份駁回訴訟裁定。您仍可根據 ORS 183.482 針對該駁回決定向俄勒岡州上訴法院提出上訴申請。您必須在駁回訴訟裁定日期起的 60 天內提出上訴申請。駁回訴訟裁定書中將會告知您截止日期。

軍人須知：現役軍人有權根據聯邦《現役軍人民事救濟法》(Servicemembers Civil Relief Act) 推遲上述訴訟程序。如欲瞭解更多資訊，您可以致電 800-452-8260 與俄勒岡州律師協會聯絡、致電 503-584-3571 與俄勒岡州軍事部聯絡，或者透過 <http://legalassistance.law.af.mil> 與軍人法律援助辦公室聯絡。

如果您已提出上訴或舉行聽證會，但服務仍遭到拒絕

您可以選擇自費支付服務費用。請向您的醫療服務提供者索取相關資訊。您和您的醫療服務提供者必須簽署一份付款協議，以證明您瞭解您必須為非承保服務付費。

Agency Use Only		
Program	Branch	Case Number

醫療保健服務決定審查申請

填寫本表格的第 3 頁和第 4 頁，或填寫線上表格，網址為 bit.ly/ohp-hearing-form。

請將上訴申請寄給：

您的 CCO 或計劃
(請使用您 CCO
或計劃行動通知上所列的地址)

請將聽證會申請寄給：

OHA-Medical Hearings
500 Summer St NE E49
Salem, OR 97301-1077 傳真：503-945-6035

申請類型 - 請僅勾選下列其中一項(請參閱第 1 頁以瞭解詳情)：

CCO 或計劃的會員必須先申請上訴而後才可向 OHA 申請聽證會。申請上訴或聽證會將不會影響您的俄勒岡州健康計劃資格。您可以自行選擇決定。

- 上訴申請**：要求 CCO 或計劃審查其拒絕決議。
請附上您 CCO 或計劃的「行動通知」(決定通知) 副本。
- 聽證會申請**：要求 OHA 審查 CCO 或計劃所作的拒絕決議和上訴決定。
請附上您 CCO 或計劃的「上訴解決通知」(上訴判決) 副本。

請告訴我們有關收到服務拒絕決議的會員資訊：

1. 會員姓名：_____ 客戶 ID 號碼：_____
- 地址：_____
- 城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____
- 電話號碼：_____ 出生日期：_____
- 社會安全號碼* (選填)：_____
- 使用語言： 英文 西班牙文 俄文 越南文
 其他：_____

您是否需要其他格式的書面資料？ 是 否

如回答「是」，請具體說明：

*法律准許俄勒岡州衛生監管機關詢問您的社會安全號碼 (Social Security Number, SSN)。您可在 42 USC 1320b-7(a) 和 (b)、7 USC 2011-2036、42 CFR 436.920 及 42 CFR 457.340(b) 中找到相關法規。您不一定要提供 SSN。如果您有提供社會安全號碼，OHA 將僅會使用該號碼來協助查詢您的檔案和記錄。

2. 有人將會協助會員處理上訴或聽證會事宜嗎？例如：朋友、家人、權益維護者、醫生或律師。
如果目前沒有人協助您，您可在上訴或聽證會之前隨時新增代表：

- 否
- 有，姓名：_____
- 地址、城市、州、郵遞區號：_____
- 電話號碼：_____

本表格是由誰填寫？請告知我們該人士的相關資訊（如果不是會員本人）：

3. 姓名： _____ 電話號碼： _____

4. 與會員的關係： _____

請告知我們申請相關資訊：

5. 遭到拒絕的服務項目是什麼？請將服務項目列於此處。

6. 會員收到的是否是書面的決定通知？請勾選一項：

是。通知日期： _____

否

7. 會員是否在服務遭到拒絕之前便已在接受服務？

是

否

8. 如果會員在服務遭到拒絕之前便已在接受服務，
會員是否希望在上訴或聽證會進行期間繼續接受該服務？

是（在勾選此方框之前，請先閱讀本文件第 2 頁的「延續服務」部分）

否

不適用：會員沒有在服務遭到拒絕之前便已接受服務。

9. 會員是否需要申請快速上訴或快速聽證會，因為等候可能會危害會員的生命、健康或身體機能？

否

是。請解釋為何等候可能會對會員造成危害。

10. 請告知我們為何 CCO 或計劃應該承保此項服務。您也可以寄送文件和醫療記錄向我們說明理由。

會員簽名（若是申請上訴則為必填）：

會員或會員的法定代表簽名

日期