**第9章：您有問題或投訴（承保決定、上訴、投訴）時的對策**

[Plans that integrate the description of Medicare and Medicaid processes must revise the sections of this chapter as needed to clearly describe the appeals and grievance processes.]

[*Plans should refer to other parts of the Member Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "refer to Chapter 9, Section A, page 1." An instruction* [*insert reference, as applicable*] *appears with many cross references throughout the Member Handbook. Plans may always include additional references to other sections, chapters, and/or member materials when helpful to the reader.*]

[In cases where members should contact a department other than Member Services (for example, a grievance and appeals unit), plans should revise the instructions to provide the appropriate contact information.]

簡介

本章包含有關您的權利的資訊。閱讀本章以瞭解在以下情況下的對策：[Add any additional language for state-specific Medicaid information]

* 您對自己的計畫有疑問或投訴。
* 您需要某項服務、用品或藥物，而您的計畫說它不會支付此費用。
* 您不同意您的計畫對您的護理作出的裁決。
* 您認為自己的承保服務結束得過早。

本章分為幾個不同部分，以幫助您輕鬆找到所需資訊。**如果您有疑問或疑慮，請閱讀本章中適用於您的情況的部分。**

[*Plans must include information about the ombudsperson program, if directed by the state*.]

[Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.]

**目錄**

[A. 您有疑問或疑慮時的對策 4](#_Toc125729059)

[A1. 關於法律術語 4](#_Toc125729060)

[B. 獲得幫助的管道 4](#_Toc125729061)

[B1. 如需瞭解更多資訊和説明 4](#_Toc125729062)

[C. 瞭解我們計畫中的Medicare和[insert name of state-specific Medicaid program] 投訴和上訴 5](#_Toc125729063)

[D. 您的福利問題 5](#_Toc125729064)

[E. 承保決定和上訴 5](#_Toc125729065)

[E1. 承保決定 5](#_Toc125729066)

[E2. 上訴 6](#_Toc125729067)

[E3. 承保決定和上訴方面的幫助 6](#_Toc125729068)

[E4. 本章的哪一節可以幫助您 7](#_Toc125729069)

[F. 醫療護理 7](#_Toc125729070)

[F1. 使用本節 8](#_Toc125729071)

[F2. 要求作出承保決定 8](#_Toc125729072)

[F3. 提出1級上訴 10](#_Toc125729073)

[F4. 提出2級上訴 13](#_Toc125729074)

[F5. 支付問題 16](#_Toc125729075)

[G. Medicare D部分處方藥 17](#_Toc125729076)

[G1. Medicare D部分承保決定和上訴流程 18](#_Toc125729077)

[G2. Medicare D部分例外 19](#_Toc125729078)

[G3. 有關申請破例的重要注意事項 20](#_Toc125729079)

[G4. 要求作出承保決定，包括例外處理 21](#_Toc125729080)

[G5. 提出1級上訴 23](#_Toc125729081)

[G6. 提出2級上訴 25](#_Toc125729082)

[H. 要求我們承保更長的住院時間 26](#_Toc125729083)

[H1. 瞭解您的Medicare權利 26](#_Toc125729084)

[H2. 提出1級上訴 27](#_Toc125729085)

[H3. 提出2級上訴 29](#_Toc125729086)

[H4. 提出1級替代上訴 29](#_Toc125729087)

[H5. 提出2級替代上訴 30](#_Toc125729088)

[I. 要求我們繼續承保某些醫療服務 31](#_Toc125729089)

[I1. 您的承保結束前的提前通知 31](#_Toc125729090)

[I2. 提出1級上訴 31](#_Toc125729091)

[I3. 提出2級上訴 33](#_Toc125729092)

[I4. 提出1級替代上訴 34](#_Toc125729093)

[I5. 提出2級替代上訴 34](#_Toc125729094)

[J. 將您的上訴提升至2級以上 35](#_Toc125729095)

[J1. 獲取Medicare服務與用品的後續步驟 35](#_Toc125729096)

[J2. 其他[insert name of state-specific Medicaid program]上訴 36](#_Toc125729097)

[J3. Medicare D部分藥物申請的3、4和5級上訴 36](#_Toc125729098)

[K. 如何提出投訴 37](#_Toc125729099)

[K1. 哪些類型的問題應該是投訴 37](#_Toc125729100)

[K2. 內部投訴 39](#_Toc125729101)

[K3. 外部投訴 39](#_Toc125729102)

# 您有疑問或疑慮時的對策

本章說明如何處理問題和疑慮。您使用的流程取決於您遇到的問題類型。將一個流程用於**承保決定和上訴**，另一個用於**提出投訴**（也稱作申訴）。

為確保公平和及時處理，每個流程都有一套我們和您都必須遵循的規則、程式和截止期限。

## A1. 關於法律術語

本章包含一些規則和截止期限的法律術語。其中許多術語可能難以理解，因此我們盡可能使用更簡單的詞語代替某些法律術語。我們儘量少用縮寫。

例如，我們使用：

* 「提出投訴」替代「提起申訴」
* 「承保決定」替代「組織判定」、「福利判定」、「風險判定」或「承保判定」
* 「快速承保決定」替代「加急判定」
* 「獨立審查組織」(IRO) 替代「獨立審查實體」(IRE)

瞭解正確的法律術語可以幫助您更清楚地溝通，因此我們也提供了這些術語。

# 獲得幫助的管道

## B1. 如需瞭解更多資訊和説明

有時啓動或遵循處理問題的流程會令人感到困惑。這種情況在您身體不舒服或精力有限時可能尤甚。在其他時候，您可能未掌握採取下一步行動所需的資訊。

### 來自[Insert state-specific name of the SHIP program]的幫助

您可以致電[insert state-specific name of the SHIP program]。[Insert state-specific name of the SHIP program]顧問可以回答您的問題並幫助您瞭解如何應對您的問題。[Insert state-specific name of the SHIP program]與我們或任何保險公司或健保計畫無關。[Insert state-specific name of the SHIP program]每個縣都有訓練有素的顧問，而且服務是免費的。[insert state-specific name of the SHIP program]的電話號碼是[insert phone number]。

### 來自Medicare的幫助和資訊

如需瞭解更多資訊和幫助，您可以聯繫Medicare。以下是從Medicare獲得幫助的兩種方式：

* 致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週7天、每天24小時開通。
TTY用戶請致電1-877-486-2048。
* 造訪Medicare網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。

### 來自[Insert name of state-specific Medicaid program]的幫助和資訊

[*Insert contact information for the state Medicaid agency. Insert similar sections for the QIO or ombudsperson, as applicable.*]

# 瞭解我們計畫中的Medicare和[insert name of state-specific Medicaid program] 投訴和上訴

您擁有Medicare和[insert name of state-specific Medicaid program]。本章中的資訊適用於您所有的Medicare和[insert name of state-specific Medicaid program]福利。這有時稱爲「綜合流程」，因為它結合或整合了Medicare和[insert state-specific name of Medicaid program]流程。

有時，Medicare和[insert state-specific name of Medicaid program]流程無法結合使用。在這些情況下，您要使用一個流程來獲得Medicare福利，使用另一個來獲得[insert state-specific name of Medicaid program]福利。**第F4節**說明了這些情況。

# 您的福利問題

如果您有疑問或疑慮，請閱讀本章中適用於您的情況的部分。以下圖表可幫助您找到本章中對問題或投訴適用的小節。

| **您的疑問或疑慮是否涉及您的福利或承保範圍？**這包括有關是否承保特定醫療護理或處方藥、其承保方式的問題，以及有關醫療護理或處方藥付款的問題。 |
| --- |
| **是。**我的問題涉及福利或承保範圍。請參閱**第E節**「承保決定和上訴」。 | **否。**我的問題不涉及福利或承保範圍。請參閱**第K節**「如何提出投訴」。 |

# 承保決定和上訴

要求作出承保決定和提出上訴的流程可處理與您的福利和承保範圍有關的問題。它還包括付款問題。

## E1. 承保決定

承保決定是我們就您的福利和承保範圍或我們為您的醫療服務或藥物支付的金額作出的裁決。

您或您的醫生也可以聯繫我們並要求作出承保決定。您或您的醫生可能不確定我們是否承保特定醫療服務，或者我們是否可能拒絕提供您認為自己需要的醫療護理。**如果您想在自己獲得醫療服務之前知曉我們是否為其承保，可以要求我們為您作出承保決定。**

每當我們裁決對您的承保範圍以及我們的支付金額時，我們就會作出承保決定。在某些情況下，我們可能會裁決某項服務或藥物不在Medicare或[insert state-specific name of Medicaid program]的承保範圍內或不再屬於承保範圍。如果您不同意此承保決定，可以提出上訴。

## E2. 上訴

如果我們作出了承保決定而您對該裁決不滿意，可以「上訴」該裁決。上訴是一種要求我們審查和變更我們作出的承保決定的正式途徑。

當您首次對裁決提出上訴時，這種上訴叫做1級上訴。在這種上訴中，我們會審查我們作出的承保決定，以檢查我們是否正確遵循了所有規則。您的上訴將由作出最初不利裁決的人以外的其他審查者處理。

當我們完成審查時，會將我們的裁決提供給您。在本章[insert reference, as applicable]稍後會說明的某些情況下，您可以要求進行加快或「快速承保決定」或對承保決定提出快速上訴。

如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會向您致函說明。如果您的問題與Medicare醫療服務或用品或B部分藥物的承保範圍有關，此信會告知您我們已將您的案例提交至獨立審查組織 (IRO) 進行2級上訴。如果您的問題與Medicare D部分或醫療服務或用品的承保範圍有關，此信會告知您自行提出2級上訴的流程。如需瞭解有關2級上訴的更多資訊，請參閱**第F4節**。如果您的問題是關於Medicare和Medicaid同時承保的服務或用品的承保範圍，此信會為您提供有關兩種類型的2級上訴的資訊。如果您的問題是關於Medicare和Medicaid同時承保的服務或用品的承保範圍，此信會為您提供有關兩種類型的2級上訴的資訊。

如果您對2級上訴裁決不滿意，可以進行更高級別的上訴。

## E3. 承保決定和上訴方面的幫助

您可以透過以下任一管道尋求幫助：

* **會員服務部，**電話號碼詳見頁面底部。
* [Insert name of SHIP program and contact information.]
* **您的醫生或其他醫療服務提供者**。您的醫生或其他醫療服務提供者可以代表您要求作出承保決定或提出上訴。
* **朋友或家人。**您可以指定另一人以您「代表」的身份代您行事並要求作出承保決定或提出上訴。
* **律師**。您有權聘請律師，但**您無需聘請律師**便可要求作出承保決定或提出上訴。
* 致電您自己的律師，或從當地律師協會或其他轉介服務處獲得律師的姓名。如果您符合條件，一些法律團體會為您提供免費的法律服務。

[Insert any additional state-specific references for assistance with coverage decisions and appeals as applicable.]

如果您希望律師或其他人擔任您的代表，請填寫代表任命表。該表可授權他人代您行事。

請撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部，索取「代表任命」表。您也可以透過造訪[www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [plans may also insert:或我們網站<web address **or** link to form>]獲取該表。**您必須向我們提供一份已簽名的該表的副本。**

## E4. 本章的哪一節可以幫助您

有四種情況涉及承保決定和上訴。每種情況都有不同的規則和截止期限。我們會在本章的單獨小節中詳細介紹每種情況。請參閱適用的小節：

* **第F節**，「醫療護理」[insert reference, as applicable]
* **第G節**，「Medicare D部分處方藥」[insert reference, as applicable]
* **第H節**，「要求我們承保更長的住院時間」[insert reference, as applicable]
* **第I節**，「要求我們繼續承保某些醫療服務」[insert reference, as applicable]（此小節僅適用於以下服務：家庭保健、專業護理設施護理和綜合門診復健設施 (CORF) 服務。）

如果您不確定該使用哪一小節，請撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。[*Plans may insert additional resources and contact information (e.g., SHIP, Ombudsperson Program).*]

# 醫療護理

[Plans may update the heading and terms such as “medical care” throughout to account for Medicaid services such as behavioral health and long-term care services as directed by the state.]

本節說明如果您在獲得醫療護理承保時遇到問題，或者如果您希望我們為您的醫療護理報銷[*insert if plan has cost-sharing:*我們應分攤的費用]，該如何操作。

本節介紹您所享有的*《會員手冊》***第4章**中所述醫療護理和服務的福利。在本節的其餘敘述中，我們通常將它們稱為「醫療護理承保範圍」或「醫療護理」。「醫療護理」一詞包括醫療服務與用品以及Medicare B部分處方藥，這類處方藥由您的醫生或醫療保健專業人士派發。Medicare B部分處方藥可能有不同的適用規則。出現這種情況時，我們會說明Medicare B部分處方藥的規則與醫療服務與用品的規則有何不同。

## F1. 使用本節

本節說明您在以下任一情況下可以採取的對策：

1. 您認為我們承保您需要的醫療保健，卻未獲承保。

**您可以採取的對策：**您可以要求我們作出承保決定。請參閱**第F2節**。

2. 我們沒有批准您的醫生或其他醫療服務提供方想要為您提供的醫療護理，而您認為我們應該批准。

**您可以採取的對策：**您可以對我們的裁決提出上訴。請參閱**第F3節**。

3. 您獲得了自認為我們承保的醫療保健，但我們不予支付。

**您可以採取的對策：**您可以對我們不予支付的裁決提出上訴。請參閱**第F5節**。

4. 您獲得了自認為我們承保的醫療護理並支付了費用，並希望我們為您報銷。

**您可以採取的對策：**您可以要求我們退款。請參閱**第F5節**。

5. 我們減少或停止了您的某些醫療護理的承保範圍，而您認為我們的裁決可能會損害您的健康。

**您可以採取的對策：**您可以對我們減少或停止醫療護理的裁決提出上訴。請參閱**第F4節**。

* 如果承保範圍涉及住院治療、家庭保健、專業護理設施護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，則有些特殊規則適用。請參閱**第H節**[insert reference, as applicable]或**第I節**[insert reference, as applicable]，瞭解更多資訊。
* 對於所有其他涉及減少或停止您的某些醫療護理承保的情況，請以本節（**第F節**）作為您的行動指南。

## F2. 要求作出承保決定

|  |
| --- |
| 當承保決定涉及您的醫療護理時，這種裁決叫做**「綜合組織判定。** |

您、您的醫生或您的代表可以透過以下方式要求我們作出承保決定：

* 電話：<phone number>，聽語障服務專線 (TTY)：<phone number>。
* 傳真：<phone number>。
* 信函：<address>。

### 標準承保決定

除非我們同意使用「快速」截止期限，否則我們向您提供我們裁決時會使用「標準」截止期限。標準承保決定意味著我們會按以下截止期限向您提供以下方面的答覆：

* 對於醫療服務或用品，在我們收到您的申請後14個日曆日內。[Plan may adjust timeframe if state has more restrictive requirement as directed by the state.]
* 對於Medicare B部分處方藥，在我們收到您的申請後72小時內。

**對於醫療用品或服務，在以下情況下我們可能需要將截止期限延長多達14個日曆日：**您要求延長時間，或者我們需要更多可能令您受益的資訊（如來自網路外醫療服務提供者的醫療記錄）。如果我們需要增加作出裁決的天數，會以書面形式告知您。**如果您的申請針對的是Medicare B部分處方藥，則我們無法增加天數。**

如果您認為我們**不**應增加天數，可以就我們增加天數的裁決提出「快速投訴」。當您提出快速投訴時，我們會在24小時內回復您的投訴。提出投訴的流程不同於承保決定和上訴的流程。如需有關提出投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱**第K節**[*insert reference, as applicable*]。

### 快速承保決定

|  |
| --- |
| 「快速承保決定」的法律術語是「**加急判定**」。 |

當您要求我們就您的醫療護理作出承保決定並且您的健康狀況需要快速收到答覆時，請要求我們作出「快速承保決定」。快速承保決定意味著我們會按以下截止期限向您提供以下方面的答覆：

* 對於醫療服務或用品，在我們收到您的申請後72小時內。
* 對於Medicare B部分處方藥，在我們收到您的申請後24小時內。

**對於醫療用品或服務，在以下情況下我們可能需要將截止期限延長多達14個日曆日：**我們發現缺失可能令您受益的資訊（如來自網路外醫療服務提供者的醫療記錄）或您需要時間向我們提供用於審查的資訊。如果我們需要增加作出裁決的天數，會以書面形式告知您。**如果您的申請針對的是Medicare B部分處方藥，則我們無法延長時間。**

如果您認為我們**不**應增加作出承保決定的天數，可以就我們增加天數的裁決提出「快速投訴」。如需有關提出投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱**第K節**[*insert reference, as applicable*]。我們一作出裁決就會給您致電。

若要獲得快速承保決定，您必須滿足兩項要求：

* 您要求獲得醫療護理承保**卻未得到**。您無法要求就您已獲得的醫療護理付款作出快速承保決定。
* 使用標準截止期限**可能給您的健康造成嚴重損害**或損害您的身體機能。

**如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要，我們會自動為您提供快速承保決定。**如果您在沒有醫生支援的情況下提出要求，我們將決定您是否可以獲得快速承保決定。

* 如果我們認為您的健康狀況不符合獲得快速承保決定的要求，我們會向您致函說明情況，並改用標準截止期限。這封信會告知您以下內容：
* 如果您的醫生提出要求，我們必然會為您提供快速承保決定。
* 您如何就我們為您提供標準承保決定而非快速承保決定的決定提出「快速投訴」。如需有關提出投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱**第K節**[insert reference, as applicable]。

**如果我們拒絕您的部分或全部申請**，我們會向您致函說明原因。

* 如果我們**拒絕**，您有權提出上訴。如果您認為我們有誤，提出上訴是一種要求我們審查我們的裁決並作出變更的正式途徑。
* 如果您決定提出上訴，您將進入1級上訴流程（請參閱**第F3節**[*insert reference, as applicable*])。

在有限的情況下，我們可能會駁回您的承保決定申請，也就是說我們不會審查該申請。舉例來說，駁回申請的情況包括：

* 申請不完整；
* 有人代表您提出了申請但其未獲合法授權；**或**
* 您要求撤回自己的申請。

如果我們駁回承保決定申請，我們將向您發送通知，說明駁回申請的原因以及要求對駁回進行審查的流程。這種審查叫做上訴。下一小節會對上訴進行闡述。

## F3. 提出1級上訴

**若要發起上訴，**您、您的醫生或您的代表必須與我們聯繫。請撥打<phone number>[insert additional contact information, as applicable]致電我們。

請以書面形式或透過撥打<phone number>致電我們，**要求進行標準上訴或快速上訴**。

* 如果您的醫生或其他處方師要求在上訴期間繼續使用您已獲得的服務或用品，您可能需要指定他們擔任您的代表以代表您行事。
* 如果您的醫生以外的其他人代您提出上訴，請附上一份授權該人擔任您的代表的代表任命表。您可以透過造訪[www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)[plans may also insert:或我們網站<web address **or** link to form>]獲取該表。
* 我們可以在沒有收到該表的情況下受理上訴請求，但收到該表後我們才能開始或完成審查。如果我們在收到您的上訴請求後44個日曆日內未收到該表：
* 我們會駁回您的請求，並且
* 我們會向您發出書面通知，說明您有權要求獨立審查組織 (IRO) 審查我們駁回您的上訴的裁決。
* 您必須自我們發送給您的裁決通知信函上的日期起60個日曆日內提出上訴。
* 如果您錯過了截止期限且有正當理由，則我們可寬限時間以便您提出上訴。正當理由示例：例如您患有嚴重疾病或我們提供了截止期限相關的錯誤資訊。在您提出上訴時說明上訴延誤的原因。
* 您有權要求我們免費提供一份您的上訴資訊的副本。您和您的醫生也可向我們提供更多資訊以支援您的上訴。

### 如果您的健康狀況需要，可要求快速上訴。

|  |
| --- |
| 「快速上訴」的法律術語是**「加急覆議」。** |

* 如果您對我們就您未獲取的護理承保範圍作出的裁決提出上訴，您和/或您的醫生會決定您是否需要快速上訴。

**如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要，我們會自動為您提供快速上訴。**如果您在沒有醫生支援的情況下提出要求，我們將決定您是否可以獲得快速上訴。

* 如果我們認為您的健康狀況不符合獲得快速上訴的要求，我們會向您致函說明情況，並改用標準截止期限。這封信會告知您以下內容：
* 如果您的醫生提出要求，我們必然會為您提供快速上訴。
* 就我們為您提供標準上訴而非快速上訴的決定，您可以如何提出「快速投訴」。如需有關提出投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱**第K節**[*insert reference, as applicable*]。

### 如果我們告知您我們要停止或減少您已經獲得的服務或用品，您或許可以在上訴期間繼續獲得這些服務或用品。

* 如果我們決定變更或停止您獲得的服務或用品的承保範圍，我們會在採取行動之前向您發出通知。
* 如果您不同意我們的裁決，可以提出1級上訴。
* 如果您在自我們信函日期起10個日曆日內或行動的預期生效日期之前（以較晚者為准）要求進行1級上訴，我們會繼續承保該服務或用品。
* 如果您滿足此期限，您在自己的1級上訴待決期間仍可以獲得該服務或用品，不會有任何變化。
* 此外，您獲得的所有其他服務或用品（並非您的上訴對象）也不會有任何變化。
* 如果您沒有在此期限之前提出上訴，則在您等待上訴裁決期間，將不會繼續獲得該服務或用品。

### 我們會考慮您的上訴並作出答覆。

* 當我們審查您的上訴時，我們會再次仔細查看有關您的醫療護理承保範圍請求的所有資訊。
* 我們會核查當我們**拒絕**您的請求時是否遵循了所有規則。
* 我們會在必要時收集更多資訊。我們可能會聯繫您或您的醫生以獲取更多資訊。

### 快速上訴有截止期限。

* 當我們使用快速截止期限時，我們必須**在收到您的上訴後的72小時內**給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們會加快答覆速度。
* 如果您要求延長時間，或者我們需要更多可能令您受益的資訊，並且如果您的請求是針對醫療用品或服務的，我們**可能需要多達14個日曆日。**
* 如果我們需要增加作出裁決的天數，會以書面形式告知您。
* 如果您的申請針對的是Medicare B部分處方藥，則我們無法延長作出裁決的時間。
* 如果我們未在72小時內或在我們的加延天數結束之前作出答覆，則必須將您的上訴提交至上訴流程的第2級。然後由IRO對其進行審查。在本章[insert reference, as applicable]後面部分，我們會向您介紹該組織並說明2級上訴流程。[Insert as applicable and adjust language as directed by the state:如果您的問題與 Medicaid 服務或用品的承保範圍有關，那麽期限一到，您就可以自行向本州提交2級 - 公平聽證會請求。在<insert name of state>，公平聽證會被稱為<insert description>.]
* **如果我們批准了您的部分或全部請求，**我們必須在收到您的上訴後的72小時內授權或提供我們同意的承保範圍。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求，**我們會將您的上訴提交至IRO進行2級上訴。

### 標準上訴有截止期限。

* 當我們使用標準截止期限時，我們必須在收到您就未獲取的服務承保範圍提出的上訴後**30個日曆日內**給您答覆。
* 如果您的請求針對的是您未獲得的Medicare B部分處方藥，我們會在收到您的上訴後**7個日曆日內**給您答覆，或在您的健康狀況有要求時提前給您答覆。
* 如果您要求延長時間，或者我們需要更多可能令您受益的資訊，並且如果您的請求是針對醫療用品或服務的，我們**可能需要多達14個日曆日。**
* 如果我們需要增加作出裁決的天數，會以書面形式告知您。
* 如果您的申請針對的是Medicare B部分處方藥，則我們無法延長作出裁決的時間。
* 如果您認為我們**不應**增加天數，可以就我們的裁決提出「快速投訴」。當您提出「快速投訴」時，我們會在24小時內回復您。如需瞭解有關投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱**第K節**。
* 如果我們未在截止日期之前或在我們的加延天數結束之前作出答覆，則必須將您的上訴提交至上訴流程的第2級。然後由IRO對其進行審查。在本章[*insert reference, as applicable*]後面部分，我們會向您介紹該組織並說明2級上訴流程。[Insert as applicable and adjust language as directed by the state:如果您的問題與 Medicaid 服務或用品的承保範圍有關，那麽期限一到，您就可以自行向本州提交2級 - 公平聽證會請求。在<insert name of state>，公平聽證會被稱為<insert description>.]

**如果我們批准了您的部分或全部請求，**我們必須在收到您的上訴後30個日曆日內授權或提供我們同意的承保範圍；如果您的請求針對的是Medicare B部分處方藥，則須**在7個日曆日內**採取以上行動。

如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，**您有額外的上訴權利：**

* 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會向您致函說明。
* 如果您的問題與Medicare服務或用品的承保範圍有關，此信會告知您我們已將您的案例提交至獨立審查組織 (IRO) 進行2級上訴。
* 如果您的問題與[insert name of state-specific Medicaid program]服務或用品的承保範圍有關，此信會告知您自行提出2級上訴的流程。

## F4. 提出2級上訴

如果我們**拒絕**您的部分或全部1級上訴，我們會向您致函說明。此信會告知您通常是否Medicare和[insert name of state-specific Medicaid program]計畫之一或兩者都承保該服務或用品。

* 如果您的問題與Medicare通常承保的服務或用品有關，一俟1級上訴完成，我們就會自動將您的案例提交至2級上訴流程。
* 如果您的問題與[insert name of state-specific Medicaid program]通常承保的服務或用品有關，可以自行提出2級上訴。此信會告知您進行該上訴的流程。我們還在本章後面部分提供了更多資訊[*insert reference, as applicable*]。
* 如果您的問題與**Medicare和**[insert name of state-specific Medicaid program]可能都承保的服務或方案有關，您會自動獲得在獨立審查組織 (IRO) 進行的2級上訴。您還可以要求進行州一級公平聽證會。

如果您符合在提出1級上訴期間繼續享受福利的資格，則您的上訴中針對的服務、用品或藥物的福利在2級上訴期間也可繼續享受。請參閱**第F3節**[*insert reference, as applicable*]，瞭解有關在1級上訴期間繼續享受您的福利的資訊。

* 如果您的問題與通常僅由Medicare承保的服務有關，則在獨立審查組織 (IRO) 進行的2級上訴期間，您將無法繼續享受該服務的福利。
* 如果您的問題與通常僅由[insert state-specific name of Medicaid program]承保的服務有關，若您在收到我們的裁決函後的10個日曆日內提交2級上訴，則可繼續享受該項服務的福利。

### 當您的問題與Medicare通常承保的服務或用品有關時

IRO會對您的上訴進行審查。該組織為Medicare聘請的獨立組織。

|  |
| --- |
| 「獨立審查組織」(IRO) 的正式名稱為**「獨立審查實體」**，有時也被稱為**「IRE」**。 |

* 該組織與我們無關，也並非政府機構。Medicare選擇該公司擔任IRO，並由Medicare對其工作進行監督。
* 我們會將您的上訴資訊（您的「案例檔案」）發送給該組織。您有權免費獲得一份此案例檔案的副本。
* 您有權向IRO提供更多資訊以支援自己的上訴。
* IRO的審查員會仔細查看與您的上訴有關的所有資訊。

### 如果您曾提交過1級快速上訴，則可享有2級快速上訴。

* 如果您曾向我們提交過1級快速上訴，則可自動獲得2級快速上訴。IRO必須在收到上訴之後**72小時內**對您的2級上訴作出答覆。
* 如果您的請求涉及醫療用品或服務，而IRO需要收集更多可能對您有益的資訊，**則可能需要多達14個日曆日**。如果您的請求涉及Medicare B部分處方藥，則IRO無需花費額外的時間來作出裁決。

### 如果您曾提交過1級標準上訴，則可享有2級標準上訴。

* 如果您曾向我們提交過1級標準上訴，則可自動獲得2級標準上訴。
* 如果您的請求涉及醫療用品或服務，則IRO必須在收到上訴之後**30個日曆日內**對您的2級上訴作出答覆。
* 如果您的請求涉及Medicare B部分處方藥，則IRO必須在在收到上訴之後**7個日曆日內**對您的2級上訴作出答覆。
* 如果您的請求涉及醫療用品或服務，而IRO需要收集更多可能對您有益的資訊，**則可能需要多達14個日曆日**。如果您的請求涉及Medicare B部分處方藥，則IRO需要花費額外的時間來作出裁決。

IRO向您作出答覆時會採用書面形式並闡述原因。

* **如果IRO批准了醫療用品或服務的部分或全部請求，**則我們必須：
* **在72小時內**批准醫療護理承保範圍，**或**
* 在我們收到IRO針對**標準請求**的裁決之後的**14個日曆日**內提供服務，**或**
* 在我們收到IRO針對**加急請求**的裁決之日起的**72小時內**提供服務。
* **如果IRO批准了Medicare B部分處方藥的部分或全部請求，則我們必須在以下時限內批准或提供爭議針對的Medicare B部分處方藥：**
* 在我們收到IRO針對**標準請求**的裁決之後的**72小時內**，**或**
* 在我們收到IRO針對**加急請求**的裁決之日起的**24小時內**。
* 如果**IRO否決**了**您的部分或全部上訴**，則意味著其同意我們不應批准您針對醫療護理承保範圍的申請（或部分申請）。此舉被稱為「維持裁決」或「駁回上訴」。
* 如果您的案例符合要求，則可以選擇是否進一步上訴。
* 在2級之後的上訴流程中還有另外三個級別，共有5個級別。
* 如果您的2級上訴被駁回而您符合繼續上訴流程的要求，則您必須決定是否轉入3級並進行第三次上訴。有關如何操作的詳細資訊，請參見您在2級上訴之後收到的書面通知。
* 3級上訴由行政法法官 (ALJ) 或委託審裁員處理。請參閱**第J節**[*insert reference, as* applicable] 瞭解有關3、4和5級上訴的更多資訊。

### 當您的問題與Medicaid通常承保的服務或用品有關，或與Medicare和[insert name of state-specific Medicaid program]同時承保的服務或用品有關

通常針對[*insert name of state-specific Medicaid program*]承保的服務提起的2級上訴即爲州一級的公平聽證會。在<insert name of state>，公平聽證會被稱為<insert description>。您必須在我們發送您的 1 級上訴決定函之日起**120 個日曆日內，**以書面形式或致電要求舉行公平聽證會。您從我方收到的信函會告訴您在哪裡提交公平聽證會的請求。

[*Plans should describe the process for Medicaid Level 2 Appeals, in which members must submit the Level 2 Appeal themselves.*]

公平聽證會辦公室會以書面形式向您通知其裁決並闡述原因。

* 如果公平聽證會辦公室**批准**了醫療用品或服務的部分或全部申請，則我們必須在收到裁決之後的**72小時內**批准或提供服務或用品。
* 如果公平聽證會辦公室**否決**了您的部分或全部上訴，則意味著其同意我們不應批准您針對醫療護理承保範圍的申請（或部分申請）。此舉被稱為「維持裁決」或「駁回上訴」。

如果IRO或公平聽證會辦公室對您的全部或部分申請的裁決為**否**，您還有其他上訴權利。

如果您的2級上訴由**IRO**受理，則僅當您希望享受的服務或用品的金額數值達到特定最低金額時，您方可再次上訴。3級上訴由行政法法官 (ALJ) 或委託審裁員處理。**您從IRO 收到的信函闡述了您可能擁有的其他上訴權利。**

您從公平聽證會證辦公室收到的信函介紹了接下來的上訴選項。

請參閱**第J節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關2級上訴之後的上訴權利的更多資訊。

## F5. 支付問題

對於承保服務與用品，我們不允許我們的網路醫療服務提供者向您收取費用。即使我們向醫療服務提供者支付的費用低於其收取的承保服務或用品費用，也是如此。您永遠不會被要求支付任何帳單的餘款。[*Plans with cost-sharing insert*:您唯一需要支付的金額為[*insert service, item, and/or drug categories that require a copay*]的共付額。]

[Plans insert if the state DOES NOT allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:**我們無法直接為您報銷Medicaid服務或用品的費用。**如果您收到的帳單[plans with cost-sharing insert:超出了] Medicaid承保服務與用品的共付額，請將帳單寄給我們。您不應該自己支付該帳單。我們將直接聯繫醫療服務提供者並解決問題。如果您已支付了帳單，若您遵守獲取服務或用品的規則，則可從醫療服務提供者處獲得退款。

如果您希望我們報銷您的**Medicare**服務或用品，或者您要求我們就您已支付的Medicaid服務或用品向醫療服務提供者付款，您即是在要求我們將此作為一項承保決定。我們將核查您已付費的服務或用品是否在承保範圍內，以及您是否遵循了使用您的保險的所有規則。如需瞭解更多資訊，請參閱《會員手冊》**第7章**。]

[Plans insert if the state DOES allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:如果您收到的帳單[plans with cost-sharing insert:超出了]承保服務與用品的共付額，請將帳單寄給我們。您不應該自己支付該帳單。我們將直接聯繫醫療服務提供者並解決問題。如果您已支付了帳單，若您遵守獲取服務或用品的規則，則可從本計畫獲得退款。

如需瞭解更多資訊, 請參閱《會員手冊》**第7章**。其中介紹了您可能需要向我們提出退款或支付您從醫療服務提供者處收到的帳單的情況。還介紹了如何向我們發送要求我們付款的文書資料。

如果您要求退款，則意味著您是在要求作出承保決定。我們將核查您已付費的服務或用品是否在承保範圍內，以及您是否遵循了使用您的保險的所有規則。]

* 如果您已付費的服務或用品在承保範圍內且您遵循了所有規則，在我們收到您的申請之後的60個日曆日內，對於相應的服務或用品，我們將向[*insert:*您***or***您的醫療服務提供者][*insert:*支付款項，*or* if the plan has cost-sharing,支付我們分攤的費用]。[*Insert, as applicable*:您的醫療服務提供者会把付款發送給您。]
* 如果您尚未支付服務或用品的費用，我們將直接向醫療服務提供者支付款項。我們支付款項時，等同於**批准了**您的承保決定申請。
* 如果服務或用品不在承保範圍內或者您未遵循所有規則，我們將向您致函，通知您我們不承擔該服務或用品的費用並闡述原因。

如果您不同意我們不承擔費用的裁決，**可提出上訴**。請按照**第F3節**[*insert reference, as applicable*]所描述的上訴流程進行。當您按照這些說明執行時，請注意：

* 如果您提出上訴要求我們退款，則我們必須在收到您的上訴之後的30個日曆日內作出答覆。
* 如果您要求我們退還您為已接受的醫療護理的自付費用款項，則不得要求進行快速上訴。

如果我們**否決**了您的上訴且**Medicare**通常會承保該服務或用品，我們會將您的案例發送給IRO。如果發生這種情況，我們會向您致函。

* 如果IRO撤銷我們的裁決並要求我們應向您支付費用，則我們必須在30個日曆日內向您或醫療服務提供者支付款項。如果在2級上訴之後的上訴流程的任何階段**批准**了您的上訴，則我們必須在60個日曆日內向您或醫療服務提供方支付款項。
* 如果IRO**否決**了您的上訴，則意味著其同意我們不應批准您的申請。此舉被稱為「維持裁決」或「駁回上訴」。您將收到一封信函，闡述了您可能擁有的其他上訴權利。請參閱**第J節**瞭解有關其他級別的上訴的更多資訊。

如果我們**否決**了您的上訴且[insert name of Medicaid program]通常會承保該服務或用品，則您可自行提出2級上訴。請參閱**第F4節**瞭解更多資訊。[*Plans may edit as needed and/or provide additional instructions about the process for Level 2 payment appeals.*]

# Medicare D部分處方藥

作為本計畫的會員，您可享受許多處方藥均在承保範圍內的福利。其中大部分為Medicare D部分藥物。有些藥物Medicare D部分不承保，而[insert name of state-specific Medicaid program]可能會承保。**本節僅適用於Medicare D部分藥物的上訴。**在本節後續部分中我們將稱其為「藥物」，而不是每次都稱其為「Medicare D部分藥物」。[Insert as applicable and adjust language as directed by the state:對於僅由Medicaid承保的藥物，請遵循第<insert page number>頁上**第E節**中的流程。]

如需納入承保範圍，藥物必須用於醫學上可接受的適應症。這意味著該藥物已獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 的批准或某些醫學參考文獻的支持。請參閱*《會員手冊》***第5章**，瞭解有關醫學上可接受的適應症的更多資訊。

## G1. Medicare D部分承保決定和上訴流程

以下示例說明了您要求我們作出的有關您Medicare D部分藥物的承保決定：

* 您要求我們破例，包括要求我們：
* 承保不在本計畫的藥物清單上的Medicare D部分藥物，或
* 取消對我們的藥物承保範圍的限制（例如對您可獲得的藥物數量的限制）
* 您諮詢我們是否為您承保某種藥物（例如您所需的藥物在本計畫的藥物清單中，但我們必須在承保之前予以批准）

**注：**如果您的藥房告知您無法按照藥方取藥，則藥房會向您提供書面通知，說明如何聯繫我們以要求作出承保決定。

|  |
| --- |
| 針對您的Medicare D部分藥物的初始承保決定稱為**「承保判定」**。 |

* 您要求我們為您已購買的藥物支付費用。這屬於要求針對付款作出一項承保決定。

如果您不同意我們作出的承保決定，可對我們的裁決提出上訴。本節介紹了如何要求作出承保決定以及如何提出上訴。請使用下方的圖表來幫助您理解。

| **您處於以下哪種情況？** |
| --- |
| 您需要一種不在藥物清單中的藥物，或者需要我們取消對承保藥物的規則或限制。 | 您希望我們承保藥物清單中的某種藥物，並且您認為自己符合所需藥物的計畫規則或限制（例如事前批准）。 | 您想要求我們為您已獲得並付費的藥物退款。 | 我們已告知您，我們不會以您希望的方式對藥物進行承保或付費。 |
| **您可以要求我們作出破例。**（這屬於一種承保決定。） | **您可以要求我們作出承保決定。** | **您可以要求我們退款。**（這屬於一種承保決定。） | **您可以提出上訴。**（這意味著您要求我們重新考慮。）  |
| 從**第G2節**開始，然後參閱**第G3節和第G4節**[insert reference, as applicable]。  | 請參閱**第G4節**[insert reference, as applicable]。 | 請參閱**第G4節**[insert reference, as applicable]。  | 請參閱**第G5節**[insert reference, as applicable]。 |

## G2. Medicare D部分例外

如果我們未按照您希望的方式承保某種藥物，您可以要求我們作出「破例」。如果我們拒絕了您的破例申請，您可以對我們的裁決提出上訴。

當您要求我們破例時，您的醫生或其他處方師需要解釋您需要例外的醫療原因。

|  |
| --- |
| 要求對不在我們的藥物清單中的藥物予以承保或取消對某種藥物的限制有時被稱為要求進行**「處方集破例」。** |

以下是您或您的醫生或者其他處方師可要求我們進行破例的示例：

1. **對不在我們的藥物清單中的藥物予以承保**
* [P*lans without cost-sharing delete*]如果我們同意進行破例並對不在我們的藥物清單中的藥物予以承保，則您需要支付適用於[*insert as appropriate:*我們所有藥物***or***[i*nsert exceptions tier*]藥物***or***[i*nsert exceptions tier*]品牌藥或[i*nsert exceptions tier*]學名藥]的共付額。
* 對於藥物所需的共付額，您無法要求進行破例處理。
1. **取消承保藥物的限制**
* 額外的規則或限制適用於我們的藥物清單中的某些藥物（請參閱*《會員手冊》***第5章**瞭解更多資訊）。
* 某些藥物的額外規則和限制包括：
* [*Omit if the plan does not use generic substitution*]被要求使用某種藥物的學名藥而非品牌藥。
* [*Omit if the plan does not use prior authorization (PA)*]在我們同意為您承保藥物之前提前獲得我們的批准。這有時也被稱為「事前授權」(PA)。
* [*Omit if the plan does not use step therapy*]在我們同意對您要求的藥物予以承保之前，被要求先嘗試另一種藥物。這有時也被稱為「階段療法」。
* [*Omit if the plan does not use quantity limits*]數量限制。對於某些藥物，對藥物的用量存在限制。
* [*Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions omit this bullet.*]如果我們同意破例並取消限制，您可以要求對您需要支付的共付額進行破例處理。
1. [*Plans with no cost-sharing and plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions, omit this section.*]**將承保藥物改為較低的分攤費用層級。**我們的藥物清單上的每一種藥物均處於[[i*nsert number of tiers*]個分攤費用層級之一。通常，分攤費用層級編號越小，您所需支付的共付額就越少。

|  |
| --- |
| 要求為承保的非首選藥物支付較低價格，有時被稱為要求作出**「層級破例」。** |

* 我們的藥物清單往往包含不止一種用於治療特定疾病的藥物。此類藥物被稱為「替代」藥物。
* 如果適用於您的病情狀況的某種替代藥物的分攤費用層級低於您服用的藥物，則您可要求我們按替代藥物的費用分攤額予以承保。此舉可降低您的藥物共付額。
* [*Plans that have a formulary structure where all biological products are on one tier or that do not limit their tiering exceptions in this way, omit this bullet:*]如果您服用的藥物為生物製品，則您可要求我們按適用於您的病情狀況的生物製品替代品最低層級的分攤費用額予以承保。
* [*Plans that do not limit their tiering exceptions in this way, omit this bullet:*]如果您服用的藥物為生物製品，則您可要求我們按適用於您的病情狀況的生物製品替代品最低層級的分攤費用額予以承保。
* [*Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet:*]如果您服用的藥物為學名藥，則您可要求我們按適用於您的病情狀況的品牌或學名藥替代品最低層級的分攤費用額予以承保。
* [If the plan designated one of its tiers as a “specialty tier” and exempts that tier from the exceptions process, include the following language:您不得要求我們更改[insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier]中的任何藥物的分攤費用層級。]
* 如果我們批准了您的層級破例申請，並且多個較低分攤費用層級中有您無法服用的替代藥物，則您通常只需支付最低金額。

## G3. 有關申請破例的重要注意事項

### 您的醫生或其他處方師必須告知我們醫療原因。

您的醫生或其他處方師必須向我們出具聲明，解釋要求進行破例處理的醫療原因。為了加快裁決，當您申請破例時，請隨附您的醫生或其他處方師提供的此類醫療資訊。

我們的藥物清單往往包含不止一種用於治療特定疾病的藥物。此類藥物被稱為「替代」藥物。如果替代藥物與您要求的藥物效果相同且不會產生更多副作用或其他健康問題，則我們通常**不會**批准您的破例申請。[*Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions omit the next sentence.*]如果您要求我們進行層級破例，我們通常**不會**批准您的破例申請，除非較低費用分攤層級中的所有替代藥物對您均無效，或者可能導致不良反應或其他傷害。

### 我們可能會批准或否決您的申請。

* 如果我們批准了您的破例申請，則此例外通常會持續到日曆年的年底。只要您的醫生繼續為您開藥且該藥物對治療您的病情繼續安全、有效，情況就會如此。
* 如果我們**否決**了您的破例申請，您可以提出上訴。如果我們予以否決，請參閱**第G5節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關提出上訴的資訊。

下一小節會介紹如何要求作出承保決定，包括例外處理。

## G4. 要求作出承保決定，包括例外處理

* 透過致電<*phone number*>、致函或傳真，要求我們作出您希望的承保決定類型。您、您的代表或您的醫生（或其他處方師）均可進行提出此申請。請附上您的姓名、聯繫資訊以及索償相關資訊。
* 您或您的醫生（或其他處方師）或者代表您行事的其他人可要求作出承保決定。您也可以請一位律師代表您行事。
* 請參閱**第E3節**[*insert reference, as applicable*]瞭解如何指定某人作為您的代表。
* 您無需提供書面許可，您的醫生或其他處方師即可代表您要求作出承保決定。
* 如果您想要求我們退還某種藥物的款項，請參閱*《會員手冊》***第7章**。
* 如果您要求進行例外處理，請向我們提供一份「支援性聲明」。支持性聲明需包括您的醫生或其他處方師提出破例申請的醫療原因。
* 您的醫生或其他處方師可將支援性聲明傳真或郵寄給我們。也可電話通知我們，然後再將聲明傳真或郵寄給我們。
* [*Plans that allow members to submit coverage determination requests electronically (e.g., through a secure member portal) may include a brief description of that process.*]

### 如果您的健康需要，可要求我們作出「快速承保決定」。

除非我們同意採用「快速截止期限」，否則一律採用「標準截止期限」。

* **標準承保決定**意味著我們會在收到您的醫生的聲明之後72小時內作出答覆。
* **快速承保決定**意味著我們會在收到您的醫生的聲明之後24小時內作出答覆。

|  |
| --- |
| 「快速承保決定」被稱為**「加急承保判定」**。 |

如果屬於以下情況，則您可以獲得快速承保決定：

* 申請針對的是您未獲得的藥物。如果您要求我們退還您已購藥物的款項，則無法獲得快速承保決定。
* 如果我們採用標準截止期限，您的健康或正常機能會受到嚴重損害。

如果您的醫生或其他處方師告知我們您的健康狀況要求進行快速承保決定，我們會同意並作出快速裁決。我們會致函通知您。

* 如果您在未得到醫生或其他處方師支援的情況下要求進行快速承保決定，我們會確定是否為您作出快速承保決定。
* 如果我們確定您的病情狀況不符合快速承保決定的要求，則會採用標準截止期限。
* 我們會致函通知您。此信還會告訴您如何對我們的裁決提出投訴。
* 您可提出快速投訴並在24小時內得到答覆。如需瞭解有關投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱**第K節**[*insert reference, as applicable*]。

### 快速承保決定的截止期限

* 如果我們採用快速截止期限，則必須在收到您的申請之後的24小時內作出答覆。如果您要求進行例外處理，我們會在收到您的醫生的支援性聲明之後的24小時內作出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會儘快作出答覆。
* 如果我們未能在規定期限完成，則會將您的申請提交至上訴流程的第2級，由IRO加以審查。請參閱**第G6節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關2級上訴的更多資訊。
* 如果我們**批准**了您的部分或全部申請，則會在收到您的申請或您的醫生的支持性聲明之後的24小時內為您確定承保範圍。
* 如果我們**否決**了您的部分或全部申請，則會致函說明原因。信中還會告訴您如何提出上訴。

### 針對您未獲得的藥物的標準承保決定的截止期限

* 如果我們採用標準截止期限，則必須在收到您的申請之後的72小時內作出答覆。如果您要求進行例外處理，我們會在收到您的醫生的支援性聲明之後的72小時內作出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會儘快作出答覆。
* 如果我們未能在規定期限完成，則會將您的申請提交至上訴流程的第2級，由IRO加以審查。
* 如果我們**批准**了您的部分或全部申請，則會在收到您的申請或您的醫生的破例支持性聲明之後的72小時內為您確定承保範圍。
* 如果我們**否決**了您的部分或全部申請，則會致函說明原因。信中還會告訴您如何提出上訴。

### 針對您已購藥物的標準承保決定的截止期限

* 我們必須在收到您的申請之後的14個日曆日內作出答覆。
* 如果我們未能在規定期限完成，則會將您的申請提交至上訴流程的第2級，由IRO加以審查。
* 如果我們**批准**了您的部分或全部申請，則會在14個日曆日內退款。
* **如果**我們**否決**了您的部分或全部申請，則會致函說明原因。信中還會告訴您如何提出上訴。

## G5. 提出1級上訴

|  |
| --- |
| 針對Medicare D部分藥物承保決定而對本計畫提出的上訴被稱為計畫**「重新判定」**。 |

* 透過致電<*phone number*>、致函或傳真，開始**標準**或**快速上訴**。您、您的代表或您的醫生（或其他處方師）均可進行提出此申請。請附上您的姓名、聯繫資訊以及上訴相關資訊。
* 您必須自我們發送給您的裁決通知信函上的日期起**60個日曆日內**提出上訴。
* 如果您錯過了截止期限且有正當理由，則我們可寬限時間以便您提出上訴。正當理由示例：例如您患有嚴重疾病或我們提供了截止期限相關的錯誤資訊。在您提出上訴時說明上訴延誤的原因。
* 您有權要求我們免費提供一份您的上訴資訊的副本。您和您的醫生也可向我們提供更多資訊以支援您的上訴。

**如果您的健康狀況需要，可要求快速上訴。**

|  |
| --- |
| 快速上訴也被稱為**「加急重新判定」。** |

* 如果您針對我們就您未獲得的藥物作出的裁決提出上訴，您和您的醫生或其他處方師將確定您是否需要快速上訴。
* 快速上訴的要求與快速承保決定的要求相同。請參閱**第G4節**[*insert reference, as applicable*]瞭解更多資訊。

我們會考慮您的上訴並作出答覆。

* 我們會審查您的上訴並再次仔細查看有關您的承保範圍申請的所有資訊。
* 我們會核查當我們**否決**您的申請時是否遵循了規則。
* 我們可能會聯繫您或您的醫生或者其他處方師以獲取更多資訊。

### 1級快速上訴的截止期限

* 如果我們採用快速截止期限，則必須在收到您的上訴之後的**72小時內**作出答覆。
* 如果您的健康狀況需要，我們會儘快作出答覆。
* 如果我們未在72小時內作出答覆，則必須將您的上訴提交至上訴流程的第2級。然後IRO對其進行審查。請參閱**第G6節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關審查組織和2級上訴流程的資訊。
* 如果我們**批准**了您的部分或全部申請，則必須在收到您的上訴後的72小時內提供我們同意的承保範圍。
* 如果我們**否決**了您的部分或全部申請，則會向您致函説明原因並告訴您如何提出上訴。

### 1級標準上訴的截止期限

* 如果我們採用標準截止期限，則必須在收到您對未獲得的藥物提出上訴之後的**7個日曆日內**作出答覆。
* 如果您未獲得該藥物且您的健康狀況需要，我們會儘快作出答覆。如果您認為自己的健康狀況需要，可要求快速上訴。
* 如果我們未在7個日曆日內作出裁決，則必須將您的申請提交至上訴流程的第2級。然後由IRO對其進行審查。請參閱**第G6節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關審查組織和2級上訴流程的資訊。

如果我們**批准**了您的部分或全部申請：

* 在收到您的上訴之後，我們必須根據您的健康需要儘快**提供**我們同意提供的**承保範圍**，期限為**7個日曆日內**。
* 在收到您的上訴之後，我們必須在**30個日曆日內**對您已購的藥物**予以退款**。

如果我們**否決**了您的部分或全部申請：

* 我們會向您致函説明原因並告訴您如何提出上訴。
* 在收到您的上訴之後，我們必須在**14個日曆日內**就您已購藥物的退款事宜作出答覆。
* 如果我們未在14個日曆日內作出裁決，則必須將您的申請提交至上訴流程的第2級。然後IRO對其進行審查。請參閱**第G6節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關審查組織和2級上訴流程的資訊。
* 在收到您的申請之後，如果我們**批准**了您的部分或全部申請，則必須在30個日曆日內退款。
* 如果我們**否決**了您的部分或全部申請，則會向您致函説明原因並告訴您如何提出上訴。

## G6. 提出2級上訴

如果我們**否決**了您的1級上訴，您可以接受我們的裁決或再次上訴。如果您決定再次上訴，可採用2級上訴流程。如果我們**否決**了您的首次上訴，**IRO**會對我們的裁決進行審查。由該組織決定我們是否應改變自己的裁決。

|  |
| --- |
| 「獨立審查組織」(IRO) 的正式名稱為「**獨立審查實體**」，有時也被稱為「**IRE**」。 |

如需提出2級上訴，您、您的代表，或者您的醫生或其他處方師必須**以書面形式**聯繫IRO並要求對您的案例進行審查。

* 如果我們**否決**了您的1級上訴，則會向您致函並附上有關如何向IRO**提出2級上訴的說明**。該說明會告知您誰可以提出2級上訴、必須遵守的截止期限以及如何聯繫獨立審查組織。
* 當您向IRO提出上訴時，我們會將您的相關上訴資訊發送給該組織。此資訊被稱為您的「案例檔案」。**您有權免費獲得一份此案例檔案的副本。**
* 您有權向IRO提供更多資訊以支援自己的上訴。

IRO會對您的Medicare D部分2級上訴進行審查並以書面形式作出答覆。請參閱**第F4節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關IRO的更多資訊。

### 2級快速上訴的截止期限

如果您的健康狀況需要，可向IRO提出快速上訴。

* 如果該組織同意快速上訴，則必須在收到您的上訴申請之後的**72小時內**作出答覆。
* 在收到IRO的裁決之後，如果該組織**批准**了您的部分或全部申請，我們必須在**24小時內**提供已批准的藥物承保範圍。

### 2級標準上訴的截止期限

如果您提出2級標準上訴，則IRO必須在以下期限內作出答覆：

* 對於您未獲得的藥物，在收到您的上訴之後的**7個日曆日內**。
* 對於您已購藥物的退款，在收到您的上訴之後的**14個日曆日內**。

如果IRO**批准**了您的部分或全部申請：

* 在收到IRO的裁決之後，我們必須**72小時內**提供已批准的藥物承保範圍。
* 在收到IRO的裁決之後，我們必須在30個日曆日內退還您已購藥物的款項。
* 如果IRO**否決**了您的上訴，則意味著其同意我們不批准您的申請的裁決。此舉被稱為「維持裁決」或「駁回上訴」。

如果IRO**否決**了您的2級上訴，若您所要求的藥物保險的美元價值達到最低美元價值，則有權提出3級上訴。若您所要求的藥物保險的美元價值低於規定的最低金額，則不得再次上訴。在這種情況下，2級上訴裁決為最終裁決。IRO會致函告知您繼續進行3級上訴所需的最低美元價值。

如果您的申請的美元金值符合要求，則可選擇是否進一步上訴。

* 在2級之後的上訴流程中還有另外三個級別。
* 如果IRO**否決**了您的2級上訴而您符合繼續上訴流程的要求，則您可：
* 決定是否提出3級上訴。
* 請參閱IRO在2級上訴之後的來函，瞭解如何提出3級上訴的詳細資訊。

3級上訴由行政法法官 (ALJ) 或委託審裁員處理。請參閱**第J節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關3、4和5級上訴的資訊。

# 要求我們承保更長的住院時間

當您住院時，您有權享受我們承保的對於診斷和治療您的傷病所必需的所有醫療服務。如需瞭解有關本計畫的住院承保範圍的更多資訊，請參閱*《會員手冊》***第4章**。

在承保範圍內的住院期間，您的醫生和醫務人員會與您一起確定出院時間。他們還會説明安排您出院後可能需要的護理。

* 您出院的那一天被稱為「出院日期」。
* 您的醫生或醫務人員會告訴您具體的出院日期。

如果您認為自己被過早要求出院，或者您對出院後的護理有顧慮，則可要求延長住院時間。本節向您介紹如何提出此要求。

## H1. 瞭解您的Medicare權利

在您住院之後的兩天內，醫院的某位工作人員（例如護士或社工）會給您一份名為「Medicare關於您的權利的重要資訊」的書面通知。每一位Medicare參保人員在住院時都會收到這樣一份通知。

如果您未收到此通知，請向任何一位醫院員工索要。如果您需要幫助，請致電頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部。您也可致電1‑800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週7天、每天24小時開通。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電1‑877-486-2048。

* 仔細**閱讀通知**，如有不明之處請提問。該通知告知您作為住院患者的權利，包括以下權利：
* 在您住院期間和之後享受Medicare承保範圍內的服務。您有權瞭解具體的服務內容、由誰付費以及何處獲得這些服務。
* 對於涉及您住院時間長短的任何決定，均有權參與。
* 瞭解如何上報對醫院護理質量的任何疑慮。
* 如果認為自己出院過早，可提出上訴。
* **在通知上簽名**表明您已收到通知並瞭解自身權利。
* 您或代表您行事的人可在通知上簽名。
* 在通知上簽名**僅**表明您已獲悉有關自身權利的資訊簽名並**不**意味著您同意醫生或醫院工作人員已告知您的出院日期。
* 請**保留**已簽名通知的**副本**，以便在需要時查詢相關資訊。

如果您在通知上簽名的時間早於出院日期兩天以上，則可在出院前收到另一份副本。

如果進行以下聯繫，可提前查看通知副本：

* 請致電頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部
* 致電1-800 MEDICARE (1‑800-633-4227) 聯繫Medicare，每週7天、每天24小時開通。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電1-877-486-2048。
* 請造訪[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)。

## H2. 提出1級上訴

如果您希望我們為您延長住院醫療服務予以承保，請提出上訴。質量改進組織 (QIO) 對1級上訴進行審查，以確定預定出院日期在醫學上是否適合您。

QIO是一個由醫生和其他醫療保健專業人士組成的團體，由聯邦政府支付報酬。這些專家檢查並幫助提高Medicare參保人員所享受服務的質量。不屬於本計畫的組成部分。

在[insert name of state]，QIO是[*insert state-specific QIO name*]。請致電[*insert QIO toll-free phone number*]聯繫該組織。「Medicare關於您的權利的重要資訊」通知以及**第2章**也附有聯繫資訊。

**請於您出院之前且不遲於預定出院日期之前致電QIO。**

* **如果您在出院之前致電**，您可在預定出院日期之後繼續住院而不付費，等待QIO對您的上訴作出裁決。
* **如果您未致電提出上訴**，並且決定在預定出院日期之後繼續住院，您可能需要支付預定出院日期之後所享受的醫院護理的所有費用。
* 就上訴事宜聯繫QIO時，**如果您錯過截止期限**，可直接向本計畫提出上訴。請參閱**第G4節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關向我們提出上訴的資訊。

**如有需要，請求助**。如果您有任何疑問或需要幫助，可隨時：

* 請致電頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部。
* 請致電[insert name of state SHIP including contact information]。

**要求進行快速審查。**迅速採取行動並聯繫QIO，要求對您的出院情況進行快速審查。

|  |
| --- |
| **「快速審查」**的法律術語為**「立即審查」**或**「加急審查」。** |

### 快速審查期間會發生什麼

* QIO的審查員會詢問您或您的代表，您認為在預訂出院日期之後應繼續承保的原因是什麼。不會要求您書寫聲明，但您可以寫一份。
* 審查員會查看您的醫療資訊、與您的醫生交談，並審查醫院以及本計畫向其提供的資訊。
* 在審查員將您的上訴提交至本計畫之後的當天中午之前，您會收到一封包含預計出院日期的信函。這封信函還將解釋為什麼您的醫生、醫院以及我們認為該日期為在醫學上適合您的正確的出院日期。

|  |
| --- |
| 此書面解釋的法律術語為**「詳細出院通知」。**您可致電頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取樣本，每週7天、每天24小時開通。（聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電1-877-486-2048。）您也可線上參考樣本通知，網址為：[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)。 |

在收到所有必要資訊之後的一天之內，QIO會對您的上訴作出答覆。

如果QIO**批准**了您的上訴：

* 我們將為您提供承保範圍內的住院醫療服務，只要這些服務屬於醫療所需。

如果QIO**否決**了您的上訴：

* 表明其認為您的預定出院日期在醫學上是適合的。
* 我們為您提供的住院醫療服務的承保範圍，將在QIO對您的上訴作出答覆之後的當天中午終止。
* 您可能需要支付在QIO對您的上訴作出答覆後的當天中午之後所享受的醫療護理的全部費用。
* 如果QIO駁回了您的1級上訴**並且**在預定出院日期之後您仍在住院，則可提出2級上訴。

## H3. 提出2級上訴

對於2級上訴，您可要求QIO重新審核其對您的1級上訴所作出的裁決。請致電[*insert QIO toll-free phone number*]聯繫該組織。

您必須在QIO**否決**您的1級上訴之日後的**60個日曆日內**要求進行此審查。**只有**當您在護理承保終止日期之後住院時，才可要求進行此審查。

QIO的審查員將開展以下工作：

* 重新審核與您的上訴有關的所有資訊。
* 在收到您的複審申請之後的14個日曆日內，向您告知對您的2級上訴所作出的裁決。

如果QIO**批准**了您的上訴：

* 我們必須向您退還自QIO駁回您的1級上訴後次日中午起[plans with cost-sharing should include:我們應分攤的]醫療護理費用。
* 我們將為您提供承保範圍內的住院醫療服務，只要這些服務屬於醫療所需。

如果QIO**否決**了您的上訴：

* 表明該組織同意針對您的1級上訴的裁決並且不會對此作任何更改。
* 該組織會向您致函，告知您如果想繼續上訴流程並提出3級上訴，應該如何著手。

3級上訴由行政法法官 (ALJ) 或委託審裁員處理。請參閱**第J節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關3、4和5級上訴的資訊。

## H4. 提出1級替代上訴

聯繫QIO進行1級上訴的截止期限為60天或不遲於您的預定出院日期。如果您錯過了1級上訴截止期限，則可採用「替代上訴」流程。

請致電頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部並要求我們對您的出院日期進行「快速審查」。

|  |
| --- |
| 「快速審查」或「快速上訴」的法律術語為**「加急上訴」**。 |

* 我們會審查有關您住院的所有資訊。
* 我們會核查首次裁決是否公平並遵循規則。
* 我們採用快速截止期限而非標準截止期限，並在您要求進行快速審查之後的72小時內作出裁決。

如果我們**批准**了您的快速上訴，則表明：

* 我們同意您需要在出院日期之後繼續住院。
* 我們將為您提供承保範圍內的住院醫療服務，只要這些服務屬於醫療所需。
* 我們向您退還自我們聲明您的承保終止之日起[plans with cost-sharing should include:我們應分攤的]您的護理費用份額。

如果我們**否決**了您的快速上訴，則表明：

* 我們同意您的預定出院日期在醫學上是適合的。
* 我們為您提供的住院醫療服務的承保將在我們已告知您的日期終止。
* 在此日期之後，我們將不[plans with cost-sharing should include:分攤]任何費用。
* 如果您繼續住院，則可能需要支付預定出院日期之後所享受的醫療護理的全部費用。
* 我們會將您的上訴提交至IRO，以確保我們遵循了所有規則。當我們這樣做時，您的案例會自動進入2級上訴流程。

## H5. 提出2級替代上訴

我們會在**否決**您的1級上訴之後的24小時內，將您的2級上訴資訊提交至IRO。我們會自動執行此操作。您無需進行任何操作。

如果您認為我們未在此截止期限或任何其他截止期限內完成，可提出投訴。請參閱**第K節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關提出投訴的資訊。

IRO會對您的上訴進行快速審查。該組織會仔細審查有關您出院的所有資訊且通常會在72小時內作出答覆。

如果IRO**批准**了您的上訴：

* 我們向您退還自我們聲明您的承保終止之日起[plans with cost-sharing should include:我們應分攤的]您的護理費用份額。
* 我們將為您提供承保範圍內的住院醫療服務，只要這些服務屬於醫療所需。

如果IRO**否決**了您的上訴：

* 表明該組織同意您的預定出院日期在醫學上是適合的。
* 該組織會向您致函，告知您如果想繼續上訴流程並提出3級上訴，應該如何著手。

3級上訴由行政法法官 (ALJ) 或委託審裁員處理。請參閱**第J節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關3、4和5級上訴的資訊。

# 要求我們繼續承保某些醫療服務

本節僅介紹您可能獲取的三種服務：

* 家庭健康護理服務
* 在專業護理設施接受專業照護，**以及**
* 在Medicare批准的綜合門診復健設施 (CORF) 作為門診病人接受復健護理。這通常意味著您正在因疾病或事故而接受治療，或者處於大手術後的復原之中。

對於這三種服務中的任何一種，只要醫生認為您需要，您就有權享受承保服務。

如果我們決定停止承保其中任何一項服務，則必須在您的服務終止**之前**通知您。當該服務的承保終止之後，我們會停止支付費用。

如果您認為我們過早終止了您的護理承保，**可對我們的決定提出上訴**。本節向您介紹了如何提出上訴。

## I1. 您的承保結束前的提前通知

在我們停止支付您的護理費用之前，我們會至少提前兩天向您發出書面通知。該通知稱為「Medicare不承保通知」。該通知會告知您我們停止承保您的護理的日期，以及如何對我們的決定提出上訴。

您或您的代表應在通知上簽名以表明已收到通知。在通知上簽名**僅**表明您已獲悉有關資訊。簽名**並不**意味著您同意我們的決定。

## I2. 提出1級上訴

如果您認為我們過早終止了您的護理承保，可對我們的決定提出上訴。本節向您介紹1級上訴流程以及相應的對策。

* **在截止期限內完成。**截止期限很重要。請瞭解並遵守適用於您必做事項的截止期限。本計畫也必須遵守截止期限。如果您認為我們未在截止期限內完成，可提出投訴。請參閱**第K節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關投訴的更多資訊。
* **如有需要，請求助。**如果您有任何疑問或需要幫助，可隨時：
* 請致電頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部。
* 請致電[insert state name of SHIP program and contact information]。
* **聯繫QIO。**
* 請參閱**第H2節**[*insert reference, as applicable*]或參閱*《會員手冊》***第2章**瞭解有關QIO及其聯繫方式的更多資訊。
* 要求該組織審查您的上訴並決定是否更改本計畫的裁決。
* **迅速採取行動並提出「快速通道上訴」。**向QIO諮詢，我們終止承保您的醫療服務在醫學上是否適合。

### 您聯繫該組織的截止期限

* 您必須在我們發送給您的「Medicare不承保通知」上所示生效日期前一日的中午之前聯繫QIO以開始您的上訴流程。
* 如果您錯過了聯繫QIO的截止期限，可直接向我們提出上訴。如需瞭解如何執行此操作的詳細資訊，請參閱**第I4節**[*insert reference, as applicable*]。

|  |
| --- |
| 書面通知的法律術語為**「Medicare不承保通知」。**如需獲取樣本副本，可致電頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部，或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯繫Medicare，每週7天、每天24小時開通。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電1-877-486-2048。或線上獲取副本[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices)。  |

### 快速通道上訴期間會發生什麼

* QIO的審查員會詢問您或您的代表，您認為應繼續承保的原因是什麼。不會要求您書寫聲明，但您可以寫一份。
* 審查員會查看您的醫療資訊、與您的醫生交談，並審查本計畫向其提供的資訊。
* 本計畫還會向您發送書面通知，鎖門我們終止承保您的服務的原因。您會在審查員告知我們您的上訴資訊的當天之內收到通知。

|  |
| --- |
| 通知説明的法律術語為**「不承保詳細說明」。** |

* 在收到所有必要資訊之後的一天之內，審查員會向您告知所作出的裁決。

如果QIO**批准**了您的上訴：

* 只要屬於醫療所需，我們均會為您提供承保範圍內的服務。

如果QIO**否決**了您的上訴：

* 您的承保將在我們已告知您的日期終止。
* 我們會自通知所示日期起停止支付此項護理的[plans with cost-sharing should include:分攤]費用。
* 在承保終止日期之後，如果您決定繼續享受家庭保健、專業護理設施或綜合門診復健設施 (CORF) 提供的服務，則您需自行支付護理的全部費用
* 您決定是否想繼續享有這些服務並提出2級上訴。

## I3. 提出2級上訴

對於2級上訴，您可要求QIO重新審核其對您的1級上訴所作出的裁決。請致電[*insert QIO toll-free phone number*]聯繫該組織。

您必須在QIO**否決**您的1級上訴之日後的**60個日曆日內**要求進行此審查。**僅**當您在護理承保終止日期之後繼續接受護理時，才可要求進行此審查。

QIO的審查員將開展以下工作：

* 重新審核與您的上訴有關的所有資訊。
* 在收到您的複審申請之後的14個日曆日內，向您告知對您的2級上訴所作出的裁決。

如果QIO**批准**了您的上訴：

* 我們向您退還自我們聲明您的承保終止之日起[plans with cost-sharing should include:我們應分攤的]您的護理費用份額。
* 只要屬於醫療所需，我均會將為您的護理提供承保。

如果QIO**否決**了您的上訴：

* 表明其同意我們終止您的護理的裁決且不會加以更改。
* 該組織會向您致函，告知您如果想繼續上訴流程並提出3級上訴，應該如何著手。

3級上訴由行政法法官 (ALJ) 或委託審裁員處理。請參閱**第J節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關3、4和5級上訴的資訊。

## I4. 提出1級替代上訴

如**第I2節**[*insert reference, as applicable*]所述，您必須迅速採取行動並聯繫QIO以開始您的1級上訴。如果您錯過了截止期限，則可採用「替代上訴」流程。

致電頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部並要求我們進行「快速審查」。

|  |
| --- |
| 「快速審查」或「快速上訴」的法律術語為**「加急上訴」**。 |

* 我們會審查有關您案例的所有資訊。
* 當我們為您的服務設定終止承保日期時，我們會核查首次裁決是否公平並遵循規則。
* 我們採用快速截止期限而非標準截止期限，並在您要求進行快速審查之後的72小時內作出裁決。

如果我們**批准**了您的快速上訴，則表明：

* 我們同意您需要延長服務期限。
* 我們將為您提供承保範圍內的服務，只要這些服務屬於醫療所需。
* 我們同意向您退還自我們聲明您的承保終止之日起[plans with cost-sharing should include:我們應分攤的]您的護理費用份額。
* 如果我們**否決**了您的快速上訴，則表明：
* 我們為您提供的對這些服務的承保將在我們已告知您的日期終止。
* 在此日期之後，我們將不[plans with cost-sharing should include:分攤] 任何費用。
* 在我們告知您承保終止日期之後，如果您繼續享有這些服務，則需支付服務的全部費用。
* 我們會將您的上訴提交至IRO，以確保我們遵循了所有規則。當我們這樣做時，您的案例會自動進入2級上訴流程。

## I5. 提出2級替代上訴

在2級上訴期間：

* 我們會在否決您的1級上訴之後的24小時內，將您的2級上訴資訊提交至IRO。我們會自動執行此操作。您無需進行任何操作。
* 如果您認為我們未在此截止期限或任何其他截止期限內完成，可提出投訴。請參閱**第K節**[insert reference, as applicable]瞭解有關提出投訴的資訊。
* IRO會對您的上訴進行快速審查。該組織會仔細審查有關您出院的所有資訊且通常會在72小時內作出答覆。

如果IRO**批准**了您的上訴：

* 我們向您退還自我們聲明您的承保終止之日起[plans with cost-sharing should include:我們應分攤的]您的護理費用份額。
* 我們將為您提供承保範圍內的住院醫療服務，只要這些服務屬於醫療所需。

如果IRO**否決**了您的上訴：

* 表明其同意我們終止您的護理的裁決且不會加以更改。
* 該組織會向您致函，告知您如果想繼續上訴流程並提出3級上訴，應該如何著手。

3級上訴由行政法法官 (ALJ) 或委託審裁員處理。請參閱**第J節**[*insert reference, as applicable*]瞭解有關3、4和5級上訴的資訊。

# 將您的上訴提升至2級以上

## J1. 獲取Medicare服務與用品的後續步驟

如果您已就Medicare服務或用品提出1級上訴和2級上訴，且兩次上訴均被駁回，則您可能有權提出更高級別的上訴。

如果您上訴所涉的Medicare服務或用品的美元價值未達到某個最低美元價值，則您不能進一步上訴。如果美元價值足夠高，則您可以繼續上訴流程。您從IRO收到的有關您的2級上訴的信函説明了提出3級上訴需要聯繫誰以及相應的對策。

### 3級上訴

3級上訴流程為行政法法官 (ALJ) 聽證會。作出裁決的人為ALJ或為聯邦政府工作的委託審裁員。

如果ALJ或委託審裁員**批准**了您的上訴，則我們有權就對您有利的3級裁決提出上訴。

* 如果我們決定就該裁決**提出上訴**，則會向您發送一份4級上訴申請副本及任何附帶文件。在批准或提供爭議針對的服務之前，我們可能會先等待4級上訴裁決。
* 如果我們決定**不**就裁決**提出上訴**，則必須在收到ALJ或委託審裁員的裁決之後的60個日曆日內批准服務或為您提供服務。
* 如果ALJ或委託審裁員**否決**了您的上訴，則上訴程式可能還未結束。
* 如果您決定**接受**此項駁回您的上訴的裁決，則上訴程式至此結束。
* 如果您決定**不接受**此項駁回您上訴的裁決，則可繼續進行下一級的審查流程。您收到的通知將告知您提出4級上訴的相應對策。

### 4級上訴

Medicare上訴委員會（委員會）將對您的上訴進行審查並作出答覆。該委員會為聯邦政府機構。

如果該委員會**批准**了您的4級上訴，或駁回了我們要求審查對您有利的3級上訴裁決的請求，則我們有權提出5級上訴。

* 如果我們決定就該裁決**提出上訴**，則會以書面形式通知您。
* 如果我們決定**不**就裁決**提出上訴**，則必須在收到委員會的裁決之後的60個日曆日內批准服務或為您提供服務。

如果委員會**否決**或拒絕了我們的審查請求，則上訴程式可能還未結束。

* 如果您決定**接受**此項駁回您的上訴的裁決，則上訴程式至此結束。
* 如果您決定**不接受**此項駁回您的上訴的裁決，則可能還可繼續進行下一級的審查流程。您收到的通知將告知您是否可以繼續進行5級上訴以及相應的對策。

### 5級上訴

* 聯邦地區法院的法官將對您的上訴及所有資訊進行審查，並決定**批准**還是**否決**。此裁決為最終裁決。不存在高於聯邦地區法院的上訴級別。

## J2. 其他[insert name of state-specific Medicaid program]上訴

[Insert and adjust as applicable for the state Medicaid program:如果您的上訴涉及[insert name of state-specific Medicaid program]通常承保的服務或用品，則您還有其他上訴權利。您從公平聽證會辦公室收到的信函介紹了繼續上訴流程的相應對策。]

[*Plans may, at the discretion of the state, insert a clear, brief description of the procedures, timing, and instructions about what members need to do if they want to file an additional appeal in the state.*]

## J3. Medicare D部分藥物申請的3、4和5級上訴

如果您已提出1級上訴和2級上訴，且兩次上訴均被駁回，則本節可能適合您的情況。

如果您的上訴所涉藥物的美元價值達到某個金額，則您也許可以繼續進行其他級別的上訴。您收到的對您的2級上訴的書面答覆説明了提出3級上訴需要聯繫誰以及相應的對策。

### 3級上訴

3級上訴流程為行政法法官 (ALJ) 聽證會。作出裁決的人為ALJ或為聯邦政府工作的委託審裁員。

如果ALJ或委託審裁員**批准**了您的上訴：

* 上訴流程結束。
* 在收到裁決之後，我們必須在72小時內（或如爲加急上訴，則是24小時內，）批准或提供已獲批的藥物承保範圍，或在30個日曆日內付款。

如果ALJ或委託審裁員**否決**了您的上訴，則上訴程式可能還未結束。

* 如果您決定**接受**此項駁回您的上訴的裁決，則上訴程式至此結束。
* 如果您決定**不接受**此項駁回您上訴的裁決，則可繼續進行下一級的審查流程。您收到的通知將告知您提出4級上訴的相應對策。

### 4級上訴

委員會將對您的上訴進行審查並作出答覆。該委員會為聯邦政府機構。

如果委員會**批准**了您的上訴：

* 上訴流程結束。
* 在收到裁決之後，我們必須在72小時內（或如爲加急上訴，則是24小時內，）批准或提供已獲批的藥物承保範圍，或在30個日曆日內付款。

如果委員會**否決**了您的上訴，則上訴流程可能還未結束。

* 如果您決定**接受**此項駁回您的上訴的裁決，則上訴程式至此結束。
* 如果您決定**不接受**此項駁回您的上訴的裁決，則可能還可繼續進行下一級的審查流程。您收到的通知將告知您是否可以繼續進行5級上訴以及相應的對策。

### 5級上訴

* 聯邦地區法院的法官將對您的上訴及所有資訊進行審查，並決定**批准**還是**否決**。此裁決為最終裁決。不存在高於聯邦地區法院的上訴級別。

# 如何提出投訴

## K1. 哪些類型的問題應該是投訴

投訴流程僅用於特定類型的問題，例如與護理質量、等待時間、護理協調以及客戶服務有關的問題。以下是經投訴流程處理的各類問題的示例。

| **投訴** | **示例** |
| --- | --- |
| **醫療護理質量** | * 您對護理（例如您在醫院接受的護理）的質量不滿意。
 |
| **尊重您的隱私** | * 您認為有人不尊重您的隱私權或分享了有關您的機密資訊。
 |
| **失禮、客戶服務不佳或其他負面行為** | * 醫療服務提供方或工作人員對您粗魯或失禮。
* 我們的工作人員對您態度惡劣。
* 您認為自己被排除在本計畫之外。
 |
| **無障礙就診及語言協助** | * 您無法親自進入醫生或醫療服務提供者的辦公室獲得醫療保健服務和設施。
* 您使用的是英語以外的其他語言（例如美國手語或西班牙語），但您的醫生或醫療服務提供者未提供譯員。
* 您的醫療服務提供者未向您提供您需要和要求的其他合理便利。
 |
| **等待時間** | * 您在預約時遇到困難或等待時間過長。
* 醫生、藥劑師或其他醫療專業人士、會員服務部或者其他計畫工作人員讓您等待太久。
 |
| **清潔度** | * 您認為診所、醫院或醫生診室不乾淨。
 |
| **我們為您提供的資訊** | * 您認為我們未向您提供您本應收到的通知或信函。
* 您認為我們發送給您的書面資訊難以理解。
 |
| **與承保決定或上訴相關的及時性** | * 您認為我們未在截止期限內作出承保決定或答覆您的上訴。
* 您認為，在收到對您有利的承保或上訴裁決之後，我們未在截止期限內批准或向您提供服務，或者就某些醫療服務向您退款。
* 您認為我們未按時將您的案例提交至IRO。
 |

**可進行不同類型的投訴。**您可以提出內部投訴和/或外部投訴。內部投訴向本計畫提出並由其審查。外部投訴向非隸屬於本計畫的組織提出並由其審查。如果您在進行內部和/或外部投訴時需要幫助，請致電[*insert contacts and contact information*]。

|  |
| --- |
| 「投訴」的法律術語為**「申訴」**。「提出投訴」的法律術語為**「提起申訴」**。 |

## K2. 內部投訴

如需提出內部投訴，請致電<phone number>聯繫會員服務部。您可以隨時提出投訴，除非與Medicare D部分藥物有關。如果投訴與Medicare D部分藥物有關，則您必須在發生想要投訴的問題之後的**60個日曆日內**提出投訴。

* 如果您還需要採取任何其他措施，會員服務部會通知您。
* 您也可以採用書面投訴並將其發送給我們。如果您以書面形式投訴，我們將以書面形式答覆您的投訴。
* [Insert additional description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint, including a fast complaint.]

|  |
| --- |
| 「快速投訴」的**法律術語**為**「加急申訴」。** |

如有可能，我們會立即作出答覆。如果您透過電話向我們提出投訴，則我們可能會當即在通話中作出答覆。如果您的健康狀況需要我們儘快答覆，我們會如此做到。

* 大多數投訴我們會在30個日曆日內作出答覆。如果因需要更多資訊而未在30個日曆日內作出裁決，我們會以書面形式通知您。我們還會提供狀態更新和您將收到答覆的預計時間。
* 如果您提出投訴是由於我們拒絕了您的「快速承保決定」或「快速上訴」請求，則我們會自動為您提供「快速投訴」並在24小時內答覆您的投訴。
* 如果您提出投訴是由於我們作出承保決定或提出上訴所花費的時間過長，則我們會自動為您提供「快速投訴」並在24小時內答覆您的投訴。

如果我們對您的部分或全部投訴有異議，則會通知您並說明原因。無論我們是否認同您的投訴，均會作出答覆。

## K3. 外部投訴

### Medicare

您可直接向Medicare投訴，或將投訴發送給Medicare。可透過以下網址獲取Medicare投訴單：[www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。在向Medicare投訴之前，您無需向[insert plan name]投訴。

Medicare會認真對待您的投訴，並利用這些資訊來幫助提高Medicare計畫的質量。

如果您有任何其他回饋或疑慮，或者您認為健保計畫未能解決您的問題，也可致電1-800-MEDICARE ()1-800-633-4227)。聽語障服務專線 (TTY) 使用者可致電1-877-486-2048。通話是免費的。

[Insert additional Medicaid information as required by the state.]

### 民事權利辦公室 (OCR)

如果您認為自己沒有得到公平對待，您可以向健康與公眾服務部 (HHS) 的OCR提出投訴。例如，您可以就殘障人士通道或語言協助提出投訴。OCR的電話號碼是1-800-368-1019。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電1-800-537-7697。您可以造訪[www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)瞭解更多資訊。

您也可以透過以下方式聯繫當地的OCR辦公室：

[Plans should insert contact information for the OCR regional office.]

您也可能享有《美國殘障人士法案》 (ADA) 和[plans may insert relevant state law]規定的權利。您可以聯繫[*insert contacts and contact information*]。

### QIO

當您的投訴涉及護理質量時，您有兩種選擇：

* 您可以針對護理質量直接向QIO提出投訴。
* 您可以向QIO和本計畫提出投訴。如果您向QIO提出投訴，我們會協助該組織解決您的投訴。

QIO是一個由執業醫生和其他醫療保健專家組成的團體，由聯邦政府支付報酬，致力於核查和改進向Medicare患者提供的護理。如需瞭解有關QIO的更多資訊，請參閱**第H2節**[insert reference, as applicable]或參閱*《會員手冊》***第2章**。

在<state>，QIO 稱為<state specific QIO name>。<state-specific QIO name>的電話號碼是<phone number>。