

获取所需的（管理式）医疗服务

Medi-Cal 管理式医疗驳回申诉指南



**LEGAL AID
FOUNDATION**
OF LOS ANGELES

Justice • Equity • Hope

本手册概述

本手册由洛杉矶法律援助基金会 (LAFLA) 编制，旨在为 Medi-Cal 管理式医疗服务接受者提供通用指引，阐述如何针对医疗服务及医疗设备的驳回决定提起申诉。

严禁一切未经授权的使用或复制行为。如需转载或分享本手册任何内容，请联系 LAFLA 申请许可。向个人收取服务费用的机构，不得复制或售卖本手册任何内容。

本手册所载信息仅适用于加利福尼亚州。其他州或相关项目的规则和办理流程可能存在差异，部分内容仅针对洛杉矶地区。

本手册的各项要求、法规及办理时限随时可能发生变动。请务必联系相关政府主管机构，获取最准确、最新信息。

本手册内容不能替代法律或专业技术意见。若需针对具体问题咨询意见，请联系律师或技术专家。如需查阅免费法律援助组织名录，请访问：<https://www.lawhelpca.org/find-legal-help/directory/area>

如需索阅副本，请联系：
Andrew Kazakes
洛杉矶法律援助基金会
5228 E. Whittier Blvd.
Los Angeles, CA 90022
(213) 640-3923

目录

本手册概述	1
简介	3
基础知识：什么是 Medi-Cal 与管理式医疗？	3
洛杉矶县的管理式医疗计划	4
驳回通知书（不利福利认定书）	4
驳回通知书常见类型	4
常见的驳回理由	5
申诉前尝试“协商解决”	5
Medi-Cal 申诉流程	6
第一步 - 保险计划申诉	6
如何提交保险计划申诉	6
第二步 - 州公平听证/独立医疗审查	9
如何申请独立医疗审查 (IMR)	10
如何申请州公平听证会	11
结语与更多求助资源	12

简介

在您阅读本指南时，医生为您开具的某项医疗服务或医疗设备可能遭到驳回，且您认为您的管理式医疗保险计划作出错误决定。本指南旨在详细解读 Medi-Cal 的申诉流程。

若您的管理式医疗保险计划对维持您的身体健康与身体机能所需的医疗服务或设备作出驳回决定，则您享有正当程序权利，可以对此决定提出异议并申请审查；先由该保险计划进行审查，之后再由计划以外的中立审查人员进行审查。本指南将为您逐一讲解相关办理步骤，并提供信息为您指明正确方向，帮助您把握重要事项，最大程度提升您的申诉成功几率。

免责声明：医疗保健体系错综复杂！任何一份指南均无法涵盖所有细微差别以及各类可能出现的具体情形。本指南仅作为入门参考，帮助您指明办理相关流程的方向，并希望能够降低流程带来的压力，但本指南无法解答所有问题。若您认为自身遇到的具体事项需要深度协助，请查阅下文“寻求帮助”章节里的链接与资源。

基础知识：什么是 Medi-Cal 与管理式医疗？

Medi-Cal 是加州版的美国联邦医疗补助 (Medicaid) 项目，属于免费（部分情况下收取低廉费用）的公立医疗保险项目，面向收入和存款达到经济资格要求的人群。Medi-Cal 不同于通过 Covered California 购买的保险计划，也不同于雇主单位提供的医疗保险。Medi-Cal 亦不同于联邦医疗保险 (Medicare)，后者是面向老年人以及部分领取社会保障残疾福利的年轻群体的全国性医疗保险项目。本指南仅适用于 Medi-Cal 相关申诉事项。

管理式医疗与按服务收费模式的区别

Medi-Cal 最初设计的是全州推行的“按服务收费”模式；根据这一模式，您可直接获取加州境内任何接受 Medi-Cal 之医疗服务提供者的医疗服务。如今，加州几乎所有县均已转型采用某种形式的“管理式医疗”模式。在管理式医疗模式里，您需加入特定健康保险计划，且只能使用该计划签约的医疗服务提供者网络（类似健康维护组织 [HMO] 类医疗保险）。管理式医疗计划还管控着相关服务项目的核准流程，例如专科医生转诊、假肢与耐用医疗设备 (DME)、医学检验、医疗手术以及其他诊疗项目。

按服务收费模式的 Medi-Cal 目前仍然保留，但受到严格限制。有些患者的医疗需求过于复杂或特殊，超出管理式医疗计划的处理能力，这些患者可以提交一份“医疗豁免申请”（简称 MER），免于加入管理式医疗，继续享受按服务收费模式的 Medi-Cal。一旦加入管理式医疗计划超过 90 天，想要转回按服务收费模式的 Medi-Cal 难度极高。若您希望进一步了解退出管理式医疗的相关信息，请查阅下文章节获取法律咨询渠道。

负责监管 Medi-Cal 及各管理式医疗计划的州级机构为医疗保健服务部 (DHCS)。

洛杉矶县的管理式医疗计划

在洛杉矶县，Medi-Cal 患者可加入三项主要的管理式医疗计划：

- LA.Care
- Health Net
- Kaiser Permanente（设有特殊参保限制）

本指南主要针对 LA.Care 与 Health Net 的申诉流程，这是因为二者覆盖了洛杉矶县绝大多数 Medi-Cal 患者。但在某些情形下，LA.Care 与 Health Net 可能将其管理业务外包给其他健康保险计划，例如 Molina、Anthem Blue Cross 或 Blue Shield。

洛杉矶以外地区：要查询您所在县提供服务的管理式医疗计划，请访问：

<https://www.dhcs.ca.gov/individuals/medi-cal-managed-care-health-plan-directory/>

驳回通知书（不利福利认定书）

几乎所有 Medi-Cal 申诉均始于一份驳回通知书，也称为“不利福利认定书”，简称 ABD。医生每次向您推荐需要批准的诊疗项目或医疗设备时，您所加入的管理式医疗计划均必须向您送达书面决定通知。

取得书面驳回通知书。若您通过医护人员或保险代表得知驳回消息，并未收到书面通知，则应立即索要一份书面驳回通知书，这样您才能看到确切的驳回理由，并核对驳回日期，从而了解您可提起申诉的剩余时限。

驳回通知书常见类型

- 完全驳回：服务或设备被完全驳回。
- 部分批准：对于所申请的项目，仅批准降级（通常费用也更低）替代方案。即便通知书未直接使用“驳回”字样，但实质上仍等同于驳回原先申请的全部服务项目，因此可视其为驳回通知书，照常提起申诉。
- 服务缩减、暂停或终止：此前已获核准的服务可能被缩减、临时中止或永久终止。
- 延后：严格来讲，这并不属于驳回，而是指保险计划在认定缺少必要信息时可以“延后”核准，以留出更多时间供申请人补齐缺失材料，之后再作出决定。

常见的驳回理由

不属于“医疗必需”：医疗保险法律规定，Medi-Cal 仅覆盖“医疗必需”服务。这是一个略显模糊的概念，在很多情形下存在解释空间与争议，但它的定义是指“用以保全生命、预防重大疾病或重度残障或缓解剧烈疼痛的合理且必需的”服务。《福利与机构法典》第 10459.5 节。

未达到资格条件：很多服务设有明确的资格条件，保险计划可认定您的医疗状况不符合这些条件。这类驳回常见于部分核准情形，此时保险计划会转而批准一项其认定您符合资格条件的降级方案。

使用管理（频次限额）：除资格条款规定外，患者接受特定服务或设备的频次也同样受到相关规定约束。例如，轮椅更换通常仅限每 5 年一次。但务必牢记，在多数情况下，医学必需性优先于这些时限规定；若保险计划仅依据时间规则而驳回设备或服务申请，却未考量您的具体需求，则可作为提起申诉的有力理由。

申诉前尝试“协商解决”

联系您的医生诊室：有些服务遭到驳回，是因低级失误或文书疏漏所致，这种情况下通过几通电话即可解决。首先，建议您联系医生诊室，向其告知申请被驳回的情形，并询问诊室工作人员能否核查问题及联系保险计划，以便判断是否存在差错或其他易于化解的问题。

监察专员办公室：医疗保健服务部下设一个专门办公室，即“Medi-Cal 管理式医疗与心理健康监察专员办公室”（简称“监察专员”），负责调解患者与其管理式医疗计划之间的纠纷。虽然有些纠纷仍需提起正式申诉，不过监察专员办公室通常可协助解决诸多问题，尤其是保险计划出现行政失误或缺乏沟通而引起的纠纷。

监察专员办公室联系方式如下：

网站：<https://www.dhcs.ca.gov/services/mental-health-services-division-default/medi-cal-managed-care-and-mental-health-office-of-the-ombudsman/>

电话：(888) 452-8609

电子邮箱：MMCDOMBudsmanOffice@dhcs.ca.gov

请务必留意您的申诉期限！若您尝试通过非正式途径协商解决问题，请务必牢记，申诉截止时限不会因此暂停计算。

Medi-Cal 申诉流程

Medi-Cal 申诉流程包含两个基本步骤：1. 保险计划申诉，以及 2. 州公平听证和/或独立医疗审查 (IMR)。

第一步 - 保险计划申诉

您需在收到不利福利认定书（驳回通知书）后 **60 日内**向您的管理式医疗计划提起申诉。多数情况下，这一 60 日期限自通知书载明日期起算。您必须先提交保险计划申诉并取得该计划的裁定结果，方可申请州公平听证或独立医疗审查 (IMR)（参见下文“第二步”）。

保险计划必须在您提交申诉后 5 日内确认收到您的申诉，且必须在 30 日内作出裁定。他们的裁定文书称为《申诉处理结果通知书》(NAR)。若保险计划未在 30 日内向您作出答复，则您可将此情形视作推定驳回，并据此申请听证或独立医疗审查。

“正式投诉”与“保险计划申诉”的区别：有些申诉术语容易产生混淆，因此请注意，“正式投诉”不同于“保险计划申诉”。您可随时提交正式投诉，反映保险计划或医疗服务提供者所提供之服务的质量问题。与之相对的是，保险计划申诉是申诉流程的必经环节，用于对驳回通知书或其他不利福利裁定书 (ABD) 提出异议，且必须在前文所述 60 日期限内提交。有些文书的标题标注为“正式投诉 (grievance) 书”或“投诉 (complaint) 书”，但可用于提交正式投诉或保险计划申诉。

加急申诉：若您的健康正面临紧迫风险，则可申请加急申诉，此时保险计划必须在 72 小时内作出答复（若保险计划提出申请，则最多可延长 14 日）。强烈建议您邀请医生配合支持您的加急申诉申请，包括补充病历记录或出具信函，解释亟需保险计划批准相关医疗服务的理由。可申请加急申诉的情形包括：若延误治疗，将会引发剧烈疼痛，或有可能造成生命、肢体、主要身体机能丧失。

如何提交保险计划申诉

LA.Care、Health Net 和 Kaiser 提供多种申诉方式。无论选择何种方式，请务必保留相关文书材料，以证明您提交申诉的方式与时间。若保险计划弄丢您的申诉材料，或声称从未收到您的申诉，则您可出示您保管的提交凭证。

若您收到分包保险计划或 IPA（独立执业协会或独立医师协会）发出的驳回通知，则应仔细阅读并依照申诉权利章节的指引；若您不清楚如何处理，请联系您的 Medi-Cal 计划。若问题仍未解决，请参阅本指南末尾列明的[法律资源](#)。

LA.Care

网站: <https://lacare.org/members/handbook/appeals>

线上申诉: <https://lacare.org/members/file-grievance/grievance-appeal-form>

申诉表格链接:

https://lacare.org/sites/default/files/la6703_member_grievance_and_appeal_form_en_202602.pdf

此表格的翻译版本详见[线上申诉页面底部](#)

电话: 1-888-839-9909

传真: 213-438-5748（收件人: Appeals & Grievances）

邮寄:

收件人: Appeals & Grievances

LA.Care Health Plan

1200 W.7th Street

Los Angeles, CA 90017

Health Net

网站:

https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/appeals-and-grievances/medi-cal-appeals-and-grievances.html

线上申诉:

https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/appeals-and-grievances/medi-cal-appeals-and-grievances/medi-cal-appeal-grievance-form.html

PDF 文件上传（不同于线上申诉）：

https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/appeals-and-grievances/medical-appeals-and-grievances.html

申诉表格链接：

<https://www.healthnet.com/content/dam/centene/healthnet/pdfs/member/ca/medical/hn-medical-member-grievance-form.pdf>

此表格的翻译版本可通过[此链接](#)获取。

电话：1-800-675-6110

传真：(877) 831-6019

邮寄：

Health Net of California

Member Appeals and Grievance Department

P.O.Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

Kaiser Permanente

- 电话：1-800-464-4000
- 加急（紧急）审查：1-888-987-7247
- 线上申诉或投诉：

<https://healthy.kaiserpermanente.org/southern-california/support/submit-a-complaint#/tellus>

- 申诉/ 正式投诉表格链接（南加州）：

<https://healthy.kaiserpermanente.org/content/dam/kporg/final/documents/community-providers/sca/ever/member-grievance-appeal-form-non-medicare.pdf>

- 申诉/ 正式投诉表格链接（北加州）：

<https://healthy.kaiserpermanente.org/content/dam/kporg/final/documents/community-providers/nca/ever/non-medicare-grievance-form-en.pdf>

- 这些表格的翻译版本可在此处获取：
<https://healthy.kaiserpermanente.org/southern-california/support/forms>
<https://healthy.kaiserpermanente.org/northern-california/support/forms>
 （选择“Form s”选项卡，点击“Grievance form s”旁的 (+) 加号）。
- 您可在北加州或南加州申诉/ 正式投诉表文末查阅保险计划申诉/ 正式投诉纸质表格的本地邮寄地址

第二步 - 州公平听证/ 独立医疗审查

州公平听证申请

若您收到维持保险计划驳回决定的《申诉处理结果通知书》(NAR)，则您可在 120 日内向管辖州听证处 (SHD) 的加州社会服务部 (CDSS) 递交州公正听证申请。

听证由一名行政法法官 (ALJ) 主持。行政法法官几乎都是经验丰富的律师，且不受雇于您参加的管理式医疗计划。听证会召开前，您有机会向法官提交相关文件与申诉理由，且在听证会上，您也可向法官阐述管理式医疗计划驳回决定的错误之处。

听证会通常会在您提交申请后 4-6 周内安排召开；若您的事项紧急，则也可申请加急听证。听证裁决决定通常会在听证会结束后一个月左右出具。

若需详细了解准备参加州听证会的信息，请参阅专项指南《州听证会自我代理指南》。

独立医疗审查 (IMR)

若保险计划以服务不属于“医疗必需”为由驳回您所申请的服务，且在您提交保险计划申诉后仍然维持医疗必需驳回理由，则您还可选择申请独立医疗审查 (IMR)。在 IMR 过程中，由一名独立医生对您所申请的服务以及所有佐证材料进行审查，并针对服务是否属于医疗必需作出全新裁定。您可自保险计划出具《申诉处理结果通知书》(NAR) 之日起 6 个月内申请 IMR。

时效注意事项：听证程序与 IMR 程序相互独立，您可任选其一。但是，若您已参加听证，则不得再申请 IMR。反之，在收到 IMR 裁定后，您仍可申请听证，但请注意，IMR

的裁定结果有可能在听证会上被作为证据出示（若 IMR 结果对您不利，则可能会在听证过程中对您产生负面影响）。此外，申请 IMR 不会中止您申请听证的 120 日时限。实践中，先进行 IMR 再申请听证的难度较大，因此通常建议您从中选择一项申诉途径专注推进。

那我应当选择哪一种程序？

这个问题没有一成不变的明确答案，但作出选择时，您需要留意以下几点：

- IMR 围绕医疗必需问题展开审查，因此若案件的争议焦点不是此问题，则您应当申请听证。
- 若某项医疗服务即将被终止，且您希望在申诉期间继续享受此项服务，则您可在提交听证（而非 IMR）申请时申请“待决期间援助续发 (Aid Paid Pending)”。请注意，您通常需要在服务被终止之前提交待决期间援助续发申请。
- 您还需要考虑的是，案涉争议事项交由医疗专业人员还是法律专业人员审理，更有利于厘清事实并作出对您有利的裁决。请注意，法官在听证会上同样有权裁决医疗必需相关问题，只是在审核证据时，他们的视角可能不同于医生的视角。医生往往会依据自身医学知识与从业经验来评判医疗证据。而法律从业者（即法官）受过法律方面的培训，擅长结合事实与证据来运用规则与规定，在程序公正性、证人问询及事实争议研判方面经验更为丰富。

最终，您需要运用自身最佳判断力，审慎选择申诉途径。但您可参阅以下资源，详细了解各项程序：

(IMR) - 加州残疾人权利协会，“[Medi-Cal 管理式医疗：独立医疗审查 \(IMR\) 可推翻保险计划的驳回决定](#)”。

（听证） - 洛杉矶法律援助基金会，“[州听证会自我代理指南](#)”。

如何申请独立医疗审查 (IMR)

独立医疗审查由医疗保健服务部 (DHCS) 下辖的管理式医疗保健部 (DMHC) 受理及办理。

网站和线上申诉表格：

<https://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/SubmitanIndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx>

PDF 申诉表格链接：

<https://www.dmh.ca.gov/Portals/0/Docs/HC/AccessibleIMRFormEnglish.pdf>

此表格的翻译版本可通过[此链接](#)获取。

电话：1-888-466-2219

传真：916-255-5241

邮寄：

Department of Managed Health Care（管理式医疗保健部）

980 9th Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814

如何申请州公平听证会

州公平听证会由加州社会服务部 (CDSS) 下辖的州听证处 (SHD) 监督实施。

您可通过电话、邮寄或线上方式申请听证。CDSS 网站刊载这些申诉途径的相关信息，

详见：<https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>

线上：

- 您可访问加州社会服务部 (CDSS) 的申诉与案件管理系统 (ACMS)，网址：<https://acms.dss.ca.gov/acms/>。
- 您无需注册账户即可申请听证。在页面底部附近的“需要了解详情？(Need More Information?)”板块中，点击[“无需账户提交申诉 \(Submit Appeal without an Account\)”](#)。
- 通过电子邮件：SHDCSU@dss.ca.gov

通过电话：

- 致电 (800) 743-8525 联系 CDSS 州听政处。
- 向他们说明您存在争议的所有项目（如 Medi-Cal），并告知您已收到管理式医疗计划出具的《申诉处理结果通知书》(NAR)，现拟针对此结果提起申诉。请提前备好 NAR，以便提供通知日期。
- 若您在听证会上需要口译员，请现在就提出申请。

通过邮寄：

- 填写申诉申请表，该表格代号晦涩，称为 NA Back-9：

<https://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/NABACK9.PDF>

- 此表格的翻译版本可在此网页获取，请点击所需语言，再向下滚动页面找到“NA Back-9”链接：

<https://www.cdss.ca.gov/inforesources/translated-forms-and-publications>

- 勾选 Medi-Cal 选框，并说明您已收到管理式医疗计划出具的《申诉处理结果通知书》(NAR)，现拟针对此结果提起申诉。
- 请勿在此表格详述您申请听证的全部理由。尽量简洁明了，例如“驳回我的医疗设备申请的決定存在错误”。
- 若您需要口译员，请勾选相应选框提出申请。填写您所使用的语言或方言。
- 邮寄表格前，请自行复印一份留存。
- 请以挂号信（带回执）方式邮寄表格，地址如下：

California Department of Social Services（加州社会服务部）

State Hearings Division（州听证处）

P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-442

Sacramento, California 94244-2430

结语与更多求助资源

您一定可以！走到这一步，您已经付出很多。提起申诉可能会让人心生畏惧，但这是您陈述事实、倾诉心声的公平机会。只要从容处理、整理相关材料，您就可以完成整个流程。您不必事事追求完美 - 尽力即可。若您陷入困境或需要一些支持，可联系当地法律援助办公室。

您可访问以下网站，查询所在县的法律援助办公室：<https://www.lawhelpca.org/find-legal-help/directory/area>。

在洛杉矶，您可以联系：

- 洛杉矶法律援助基金会
- 医疗消费者中心（洛杉矶县邻里法律服务中心）
- Bet Tzedek
- 公益律师
- 医疗保健权利中心
- 加州残疾人权利协会
- 儿童权利联盟（适用于涉及儿童或 21 岁以下青少年的案件）