

獲取所需的（管理式）醫療服務

Medi-Cal 管理式醫療駁回申訴指南



**LEGAL AID
FOUNDATION**
OF LOS ANGELES

Justice • Equity • Hope

本手冊概述

本手冊由洛杉磯法律援助基金會 (LAFLA) 編製，旨在為 Medi-Cal 管理式醫療服務接受者提供通用指引，闡述如何針對醫療服務及醫療設備的駁回決定提起申訴。

嚴禁一切未經授權的使用或複製行為。如需轉載或分享本手冊任何內容，請聯繫 LAFLA 申請許可。向個人收取服務費用的機構，不得複製或售賣本手冊任何內容。

本手冊所載信息僅適用於加利福尼亞州。其他州或相關項目的規則和办理流程可能存在差異，部分內容僅針對洛杉磯地區。

本手冊的各項要求、法規及辦理時限隨時可能發生變動。請務必聯繫相關政府主管機構，獲取最準確、最新信息。

本手冊內容不能替代法律或專業技術意見。若需針對具體問題諮詢意見，請聯繫律師或技術專家。如需查閱免費法律援助組織名錄，請訪問：<https://www.lawhelpca.org/find-legal-help/directory/area>

如需索閱副本，請聯繫：
Andrew Kazakes
洛杉磯法律援助基金會
5228 E. Whittier Blvd.
Los Angeles, CA 90022
(213) 640-3923

目錄

本手冊概述	1
簡介.....	3
基礎知識：什麼是 Medi-Cal 與管理式醫療？	3
洛杉磯縣的管理式醫療計畫	3
駁回通知書（不利福利認定書）	4
駁回通知書常見類型.....	4
常見的駁回理由	4
申訴前嘗試“協商解決”	5
Medi-Cal 申訴流程	6
第一步 - 保險計劃申訴	6
如何提交保險計劃申訴	6
第二步 - 州公平聽證/獨立醫療審查	9
如何申請獨立醫療審查 (IMR)	10
如何申請州公平聽證會	11
結語與更多求助資源.....	12

簡介

在您閱讀本指南時，醫生為您開具的某項醫療服務或醫療設備可能遭到駁回，且您認為您的管理式醫療保險計劃作出錯誤決定。本指南旨在詳細解讀 Medi-Cal 的申訴流程。

若您的管理式醫療保險計劃對維持您的身體健康與身體機能所需的醫療服務或設備作出駁回決定，則您享有正當程序權利，可以對此決定提出異議並申請審查；先由該保險計劃進行審查，之後再由計劃以外的中立審查人員進行審查。本指南將為您逐一講解相關辦理步驟，並提供信息為您指明正確方向，幫助您把握重要事項，最大程度提升您的申訴成功幾率。

免責聲明：醫療保健體系錯綜複雜！任何一份指南均無法涵蓋所有細微差別以及各類可能出現的具體情形。本指南僅作為入門參考，幫助您指明辦理相關流程的方向，並希望能夠降低流程帶來的壓力，但本指南無法解答所有問題。若您認為自身遇到的具體事項需要深度協助，請查閱下文“尋求幫助”章節裏的鏈接與資源。

基礎知識：什麼是 **Medi-Cal** 與管理式醫療？

Medi-Cal 是加州版的美國聯邦醫療補助 (**Medicaid**) 項目，屬於免費（部分情況下收取低廉費用）的公立醫療保險項目，面向收入和存款達到經濟資格要求的人群。**Medi-Cal** 不同於通過 **Covered California** 購買的保險計劃，也不同於雇主單位提供的醫療保險。**Medi-Cal** 亦不同於聯邦醫療保險 (**Medicare**)，後者是面向老年人以及部分領取社會保障殘疾福利的年輕群體的全國性醫療保險項目。本指南僅適用於 **Medi-Cal** 相關申訴事項。

管理式醫療與按服務收費模式的區別

Medi-Cal 最初設計的是全州推行的「按服務收費」模式；根據這一模式，您可直接獲取加州境內任何接受 **Medi-Cal** 之醫療服務提供者的醫療服務。如今，加州幾乎所有縣均已轉型採用某種形式的「管理式醫療」模式。在管理式醫療模式裏，您需加入特定健康保險計劃，且只能使用與該計劃簽約的醫療服務提供者網絡（類似健康維護組織 [HMO] 類醫療保險）。管理式醫療計劃還管控著相關服務項目的核準流程，例如專科醫生轉診、假肢與耐用醫療設備 (DME)、醫學檢驗、醫療手術以及其他診療項目。

按服務收費模式的 **Medi-Cal** 目前仍然保留，但受到嚴格限制。有些患者的醫療需求過於複雜或特殊，超出管理式醫療計劃的處理能力，這些患者可以提交一份“醫療豁免申請”（簡稱 **MER**），免於加入管理式醫療，繼續享受按服務收費模式的 **Medi-Cal**。一旦加入管理式醫療計劃超過 90 天，想要轉回按服務收費模式的 **Medi-Cal** 難度極高。若您希望進一步了解退出管理式醫療的相關信息，請查閱下文章節獲取法律諮詢渠道。

負責監管 **Medi-Cal** 及各管理式醫療計劃的州級機構為醫療保健服務部 (DHCS)。

洛杉磯縣的管理式醫療計畫

在洛杉磯縣，Medi-Cal 患者可加入三項主要的管理式醫療計劃：

- L.A.Care
- Health Net
- Kaiser Permanente（設有特殊參保限制）

本指南主要針對 L.A.Care 與 Health Net 的申訴流程，這是因為二者覆蓋了洛杉磯縣絕大多數 Medi-Cal 患者。但在某些情形下，L.A.Care 與 Health Net 可能將其管理業務外包給其他健康保險計劃，例如 Molina、Anthem Blue Cross 或 Blue Shield。

洛杉磯以外地區：要查詢您所在縣提供服務的管理式醫療計劃，請訪問：

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

駁回通知書（不利福利認定書）

幾乎所有 Medi-Cal 申訴均始於一份駁回通知書，也稱為“不利福利認定書”，簡稱 ABD。醫生每次向您推薦需要批准的診療項目或醫療設備時，您所加入的管理式醫療計劃均必須向您送達書面決定通知。

取得书面驳回通知书。若您通過醫護人員或保險代表得知駁回消息，並未收到書面通知，則應立即索要一份書面駁回通知書，這樣您才能看到確切的駁回理由，並核對駁回日期，從而了解您可提起申訴的剩餘時限。

駁回通知書常見類型

- 完全駁回：服務或設備被完全駁回。
- 部分批准：對於所申請的項目，僅批准降級（通常費用也更低）替代方案。即便通知書未直接使用“駁回”字樣，但實質上仍等同於駁回原先申請的全部服務項目，因此可視其為駁回通知書，照常提起申訴。
- 服務縮減、暫停或終止：此前已獲核准的服務可能被縮減、臨時中止或永久終止。
- 延後：嚴格來講，這並不屬於駁回，而是指保險計劃在認定缺少必要信息時可以“延後”核准，以留出更多時間供申請人補齊缺失材料，之後再作出決定。

常見的駁回理由

不屬於“醫療必需”：醫療保險法律規定，Medi-Cal 僅覆蓋“醫療必需”服務。這是一個略顯模糊的概念，在很多情形下存在解釋空間與爭議，但它的定義是指“用以保全生命、預防重大疾病或重度殘障或緩解劇烈疼痛的合理且必需的”服務。《福利與機構法典》第 10459.5 節。

未達到資格條件：很多服務設有明確的資格條件，保險計劃可認定您的醫療狀況不符合這些條件。這類駁回常見於部分核準情形，此時保險計劃會轉而批准一項其認定您符合資格條件的降級方案。

使用管理（頻次限額）：除資格條款規定外，患者接受特定服務或設備的頻次也同樣受到相關規定約束。例如，輪椅更換通常僅限每 5 年一次。但務必牢記，在多數情況下，醫學必需性優先於這些時限規定；若保險計劃僅依據時間規則而駁回設備或服務申請，卻未考量您的具體需求，則可作為提起申訴的有力理由。

申訴前嘗試“協商解決”

聯系您的醫生診室：有些服務遭到駁回，是因低級失誤或文書疏漏所致，這種情況下通過幾通電話即可解決。首先，建議您聯系醫生診室，向其告知申請被駁回的情形，並詢問診室工作人員能否核查問題及聯系保險計劃，以便判斷是否存在差錯或其他易於化解的問題。

監察專員辦公室：醫療保健服務部下設一個專門辦公室，即“Medi-Cal 管理式醫療與心理健康監察專員辦公室”（簡稱“監察專員”），負責調解患者與其管理式醫療計劃之間的糾紛。雖然有些糾紛仍需提起正式申訴，不過監察專員辦公室通常可協助解決諸多問題，尤其是保險計劃出現行政失誤或缺乏溝通而引起的糾紛。

監察專員辦公室聯系方式如下：

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

電話：(888) 452-8609

電子郵件：MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov

請務必留意您的申訴期限！若您嘗試通過非正式途徑協商解決問題，請務必牢記，申訴截止時限不會因此暫停計算。

Medi-Cal 申訴流程

Medi-Cal 申訴流程包含兩個基本步驟：1.保險計劃申訴，以及 2.州公平聽證和/或獨立醫療審查 (IMR)。

第一步 - 保險計劃申訴

您需在收到不利福利認定書（駁回通知書）後 **60 日**內向您的管理式醫療計劃提起申訴。多數情況下，這一 **60 日**期限自通知書載明日期起算。您必須先提交保險計劃申訴並取得該計劃的裁定結果，方可申請州公平聽證或獨立醫療審查 (IMR)（參見下文“第二步”）。

保險計劃必須在您提交申訴後 **5 日**內確認收到您的申訴，且必須在 **30 日**內作出裁定。他們的裁定文書稱為《申訴處理結果通知書》(NAR)。若保險計劃未在 **30 日**內向您作出答覆，則您可將此情形視作推定駁回，並據此申請聽證或獨立醫療審查。

“正式投訴”與“保險計劃申訴”的區別：有些申訴術語容易產生混淆，因此請注意，“正式投訴”不同於“保險計劃申訴”。您可隨時提交正式投訴，反映保險計劃或醫療服務提供者所提供之服務的質量問題。與之相對的是，保險計劃申訴是申訴流程的必經環節，用於對駁回通知書或其他不利福利裁定書 (ABD) 提出異議，且必須在前文所述 **60 日**期限內提交。有些文書的標題標註為“正式投訴 (grievance) 書”或“投訴 (complaint) 書”，但可用於提交正式投訴或保險計劃申訴。

加急申訴：若您的健康正面臨緊迫風險，則可申請加急申訴，此時保險計劃必須在 **72 小時**內作出答復（若保險計劃提出申請，則最多可延長 **14 日**）。強烈建議您邀請醫生配合支持您的加急申訴申請，包括補充病歷記錄或出具信函，解釋亟需保險計劃批准相關醫療服務的理由。可申請加急申訴的情形包括：若延誤治療，將會引發劇烈疼痛，或有可能造成生命、肢體、主要身體機能喪失。

如何提交保險計劃申訴

L.A.Care、Health Net 和 Kaiser 提供多種申訴方式。無論選擇何種方式，請務必保留相關文書材料，以證明您提交申訴的方式與時間。若保險計劃弄丟您的申訴材料，或聲稱從未收到您的申訴，則您可出示您保管的提交憑證。

若您收到分包保險計劃或 IPA（獨立執業協會或獨立醫師協會）發出的駁回通知，則應仔細閱讀並依照申訴權利章節的指引；若您不清楚如何處理，請聯繫您的 Medi-Cal 計劃。若問題仍未解決，請參閱本指南末尾列明的[法律資源](#)。

L.A.Care

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

線上申訴: <https://lacare.org/members/file-grievance/grievance-appeal-form>

申訴表格鏈接:

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

此表格的翻譯版本詳見[線上申訴頁面](#)底部

電話: 1-888-839-9909

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

郵寄:

收件人: Appeals & Grievances

L.A.Care Health Plan

1200 W.7th Street

Los Angeles, CA 90017

Health Net

網站:

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

線上申訴:

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

PDF 文件上傳（不同於線上申訴）:

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

申訴表格鏈接：

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

此表格的翻譯版本可通過[此鏈接](#)獲取。

電話：1-800-675-6110

傳真：(877) 831-6019

郵寄：

Health Net of California

Member Appeals and Grievance Department

P.O.Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

Kaiser Permanente

- 電話：1-800-464-4000
- 加急（緊急）審查：1-888-987-7247
- 線上申訴或投訴：
<https://healthy.kaiserpermanente.org/southern-california/support/submit-a-complaint#/tellus>
- 申訴/正式投訴表格鏈接（南加州）：
<https://healthy.kaiserpermanente.org/content/dam/kporg/final/documents/community-providers/scal/ever/member-grievance-appeal-form-non-medicare.pdf>
- 申訴/正式投訴表格鏈接（北加州）：
<https://healthy.kaiserpermanente.org/content/dam/kporg/final/documents/community-providers/ncal/ever/non-medicare-grievance-form-en.pdf>
- 這些表格的翻譯版本可在此處獲取：
<https://healthy.kaiserpermanente.org/southern-california/support/forms>
<https://healthy.kaiserpermanente.org/northern-california/support/forms>

（選擇“Forms”選項卡，點擊“Grievance forms”旁的（+）加號）。

- 您可在北加州或南加州申訴/正式投訴表文末查閱保險計劃申訴/正式投訴紙質表格的本地郵寄地址

第二步 - 州公平聽證/獨立醫療審查

州公平聽證申請

若您收到維持保險計劃駁回決定的《申訴處理結果通知書》(NAR)，則您可在 120 日內向管轄州聽證處 (SHD) 的加州社會服務部 (CDSS) 遞交州公正聽證申請。

聽證由一名行政法法官 (ALJ) 主持。行政法法官幾乎都是經驗豐富的律師，且不受僱於您參加的管理式醫療計劃。聽證會召開前，您有機會向法官提交相關文件與申訴理由，且在聽證會上，您也可向法官闡述管理式醫療計劃駁回決定的錯誤之處。

聽證會通常會在您提交申請後 4-6 週內安排召開；若您的事項緊急，則也可申請加急聽證。聽證裁決決定通常會在聽證會結束後一個月左右出具。

若需詳細了解準備參加州聽證會的信息，請參閱專項指南《州聽證會自我代理指南》。

獨立醫療審查 (IMR)

若保險計劃以服務不屬於“醫療必需”為由駁回您所申請的服務，且在您提交保險計劃申訴後仍然維持醫療必需駁回理由，則您還可選擇申請獨立醫療審查 (IMR)。在 IMR 過程中，由一名獨立醫生對您所申請的服務以及所有佐證材料進行審查，並針對服務是否屬於醫療必需作出全新裁定。您可自保險計劃出具《申訴處理結果通知書》(NAR) 之日起 6 個月內申請 IMR。

時效注意事項：聽證程序與 IMR 程序相互獨立，您可任選其一。但是，若您已參加聽證，則不得再申請 IMR。反之，在收到 IMR 裁定後，您仍可申請聽證，但請注意，IMR 的裁定結果有可能在聽證會上被作為證據出示（若 IMR 結果對您不利，則可能會在聽證過程中對您產生負面影響）。此外，申請 IMR 不會中止您申請聽證的 120 日時限。實踐中，先進行 IMR 再申請聽證的難度較大，因此通常建議您從中選擇一項申訴途徑專注推進。

那我應當選擇哪一種程序？

這個問題沒有一成不變的明確答案，但作出選擇時，您需要留意以下幾點：

- IMR 圍繞醫療必需問題展開審查，因此若案件的爭議焦點不是此問題，則您應當申請聽證。
- 若某項醫療服務即將被終止，且您希望在申訴期間繼續享受此項服務，則您可在提交聽證（而非 IMR）申請時申請“待決期間援助續發（Aid Paid Pending）”。請注意，您通常需要在服務被終止之前提交待決期間援助續發申請。
- 您還需要考慮的是，案涉爭議事項交由醫療專業人員還是法律專業人員審理，更有利於厘清事實並作出對您有利的裁決。請注意，法官在聽證會上同樣有權裁決醫療必需相關問題，只是在審核證據時，他們的視角可能不同於醫生的視角。醫生往往會依據自身醫學知識與從業經驗來評判醫療證據。而法律從業者（即法官）受過法律方面的培訓，擅長結合事實與證據來運用規則與規定，在程序公正性、證人問詢及事實爭議研判方面經驗更為豐富。

最終，您需要運用自身最佳判斷力，審慎選擇申訴途徑。但您可參閱以下資源，詳細了解各項程序：

(IMR) - 加州殘疾人權利協會，[“Medi-Cal 管理式醫療：獨立醫療審查 \(IMR\) 可推翻保險計劃的駁回決定”](#)。

（聽證） - 洛杉磯法律援助基金會，[“州聽證會自我代理指南”](#)。

如何申請獨立醫療審查 (IMR)

獨立醫療審查由醫療保健服務部 (DHCS) 下轄的管理式醫療保健部 (DMHC) 受理及辦理。

網站和線上申訴表格：

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

PDF 申訴表格鏈接：

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

此表格的翻譯版本可通過[此鏈接](#)獲取。

電話：1-888-466-2219

傳真：916-255-5241

郵寄：

Department of Managed Health Care（管理式醫療保健部）

980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814

如何申請州公平聽證會

州公平聽證會由加州社會服務部 (CDSS) 下轄的州聽證處 (SHD) 監督實施。

您可通過電話、郵寄或線上方式申請聽證。CDSS 網站刊載這些申訴途徑的相關信息，詳見：<https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>

線上：

- 您可訪問加州社會服務部 (CDSS) 的申訴與案件管理系統 (ACMS)，網址：<https://acms.dss.ca.gov/acms/>。
- 您無需註冊帳戶即可申請聽證。在頁面底部附近的“需要了解詳情？(Need More Information?)”板塊中，點擊“[無需帳戶提交申訴 \(Submit Appeal without an Account\)](#)”。
- 通過電子郵件：SHDCSU@dss.ca.gov

通過電話：

- 致電 (800) 743-8525 聯繫 CDSS 州聽政處。
- 向他們說明您存在爭議的所有項目（如 Medi-Cal），並告知您已收到管理式醫療計劃出具的《申訴處理結果通知書》(NAR)，現擬針對此結果提起申訴。請提前備好 NAR，以便提供通知日期。
- 若您在聽證會上需要口譯員，請現在就提出申請。

通過郵寄：

- 填寫申訴申請表，該表格代號晦澀，稱為 NA Back-9：
<https://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/NABACK9.PDF>
- 此表格的翻譯版本可在此網頁獲取，請點擊所需語言，再向下滾動頁面找到“NA Back 9”鏈接：
<https://www.cdss.ca.gov/inforesources/translated-forms-and-publications>

- 勾選 Medi-Cal 選框，並說明您已收到管理式醫療計劃出具的《申訴處理結果通知書》（NAR），現擬針對此結果提起申訴。
- 請勿在此表格詳述您申請聽證的全部理由。盡量簡潔明了，例如“駁回我的醫療設備申請的決定存在錯誤”。
- 若您需要口譯員，請勾選相應選框提出申請。填寫您所使用的語言或方言。
- 郵寄表格前，請自行復印一份留存。
- 請以掛號信（帶回執）方式郵寄表格，地址如下：

California Department of Social Services（加州社會服務部）
 State Hearings Division（州聽證處）
 P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-442
 Sacramento, California 94244-2430

結語與更多求助資源

您一定可以！走到這一步，您已經付出很多。提起申訴可能會讓人心生畏懼，但這是您陳述事實、傾訴心聲的公平機會。只要從容處理、整理相關材料，您就可以完成整個流程。您不必事事追求完美 - 盡力即可。若您陷入困境或需要一些支持，可聯繫當地法律援助辦公室。

您可訪問以下網站，查詢所在縣的法律援助辦公室：<https://www.lawhelpca.org/find-legal-help/directory/area>。

在洛杉磯，您可以聯系：

- 洛杉磯法律援助基金會
- 醫療消費者中心（洛杉磯縣鄰里法律服務中心）
- Bet Tzedek
- 公益律師
- 醫療保健權利中心
- 加州殘疾人權利協會
- 兒童權利聯盟（適用於涉及兒童或 21 歲以下青少年的案件）