

## WellCare Healthy Choice 會員手冊插頁 投訴及上訴

您的會員手冊的下列章節內容已修改如下

### 如何取得照護和轉介

- 若您的 PCP 無法提供您所需的照護，他/她會將您轉介給可提供此照護的專科醫生。若您的 PCP 將您轉介給另一位醫師，我們將給付您的照護。這些專科醫生大多都是 Wellcare 的服務提供者。與您的 PCP 討論，確保您了解轉介的運作方式。
- 若您覺得專科醫生無法滿足您的需求，請告訴您的 PCP。您的 PCP 可協助確認您是否需要看不同的專科醫生。
- 有一些治療及服務必須在您接受前，由您的 PCP 先行尋求 WellCare 核准。您的 PCP 會告訴您是哪一些。
- 若您對於接受您覺得有必要的轉介上有任何困擾，請致電會員服務電話 **1-800-288-5441 (TTY 711)**。
- 若在我們的服務提供者網絡中沒有能提供您所需照護的專科醫生，我們將找計劃外的專科醫生提供您所需的照護。這稱為「網絡外轉介」費用。您的 PCP 或計劃服務提供者必須在您接受網絡外轉介前先行尋求 WellCare 的核准。若您是經由 PCP 或計劃服務提供者轉介給網絡外的服務提供者，則除了本手冊中所述的共付額外，您不需負擔任何費用。
- 您可接受網絡外轉介。請要求您的 PCP 代表您致電 WellCare 提出轉介。我們會在 3 個工作日內讓您知道我們的決定 (若您的 PCP 遞交加急要求則為 1 個工作日)。
  - 有時我們會因在 WellCare 網絡內有可治療您的服務提供者而不核准網絡外轉介。若您認為我們的計劃服務提供者沒有可用於治療您的適當訓練或經驗，您可要求我們確認您的網絡外轉介是否有醫療必要性。您需要申請**計劃申訴**。請參閱第 55 頁了解如何申請。

- 有時候我們會因您所要求的照護與您可從 WellCare 服務提供者處得到的照護並無太大差異，而不核准針對特定治療的網絡外轉介。您可要求我們確認您想要之治療的網絡外轉介是否有醫療必要性。您需要申請**計劃申訴**。請參閱第 55 頁了解如何申請。
- 若您認為我們的計劃服務提供者沒有可用於治療您的適當訓練或經驗，您可要求我們確認您的網絡外轉介是否有醫療必要性。您需要申請作為上訴。請參閱第 55 頁了解如何申請。
- 您可檢視所有列於服務提供者名錄中的 WellCare 網絡內服務提供者。但某些清單中的服務提供者可能不接受新病患。我們的服務提供者名錄將告訴您那些服務提供者可接受新病患。
- 若您因持續性的照護而需要看專科醫生，您的 PCP 可轉介您 (特定的回診次數或時間長度) (長期轉介)。若您接受長期轉介，您就不必在每次需要照護時接受新轉介。
- 若您有隨時間惡化的長期疾病或失能性疾病，您的 PCP 可為您安排：
  - 您的專科醫師做為你的 PCP；或者
  - 轉介至專門處理您疾病的專科照護中心。

您也可致電會員服務部以協助您與專科照護中心取得聯繫。

## 服務授權

### 事先授權：

有些治療和服務在您收到之前或為了能夠繼續獲得，您需要先獲得核准。這稱為**事先授權**。您或您所信任的人可以要求核准。下列治療和服務在您取得之前必須先核准：

程序與服務	意見
<b>耐用醫療設備</b>	
耐用醫療採購和租借	所有 DME 租借都需要授權。低於或等於 \$250 的 DME 採購物品不須授權。
矯形和假體	低於或等於 \$500 的各類物品不須授權。

程序與服務	意見
<b>居家健康服務</b>	
居家護理服務	包括居家技術性治療服務。
<b>住院服務</b>	
住處、安養院及監管服務	
選擇性住院程序	臨床更新所需持續的住院天數。
電驚厥治療 (ECT)	
住院病患入院	臨床更新所需持續的住院天數。
長期急性照護醫院 (LTACH) 入院	臨床更新所需持續的住院天數。
NICU/Sick 嬰兒入院	需在入院後 24 小時內通知。臨床更新所需持續的住院天數。
觀察	觀察服務將不須授權；但預先計劃程序將取決於門診授權要求。 臨床更新所需持續的住院天數。
復健機構入住	繼續臨床更新所需 住院天數
住宿治療服務	
專業護理機構入住	
<b>門診服務</b>	
進階放射科服務：CT、CTA、MRA、MRI、核子醫學心臟檢查、核醫學檢查、OB 超音波、PET 及 SPECT 掃描	請詢問您的醫師或計劃。 <i>前三次OB 超音波不須授權。</i>
救護車接送 (非緊急)	
非住院手術中心程序：	請詢問您的醫師或計劃。
主動式社區治療	
行為健康門診服務	部分服務需要事先授權。請詢問您的醫師或計劃。部分服務可能需要年度註冊。請詢問您的醫師或計劃。

程序與服務	意見
心臟病學服務：心臟影像、心導管、診斷性心臟程序及超音波壓力測試。	請詢問您的醫師或計劃。
美容程序(全部)*	請詢問您的醫師或計劃。
細胞遺傳學，分子診斷和生殖醫學實驗室測試 (全部)*  註：某些測試由 CareCore 處理。請同時參考下方實驗室管理章節。	請詢問您的醫師或計劃。
電驚厥治療 (ECT)	
密集門診計劃 (IOP)	
研究性和實驗性程序和治療	請詢問您的醫師或計劃。
實驗室 (常規) 測試	實驗室測試必須由 LabCorp、Quest 或其他有訂定實驗室服務合約的單位進行。
實驗室管理 (某些分子和遺傳測試)	請詢問您的醫師或計劃。
診間回診和治療	請詢問您的醫師或計劃。
眼科程序	請詢問您的醫師或計劃。
門診醫院程序和服務	請詢問您的醫師或計劃。
疼痛處置治療	請詢問您的醫師或計劃。
部分住院計劃 (PHP)	
物理治療和職能治療	請詢問您的醫師或計劃。
心理測驗	
放射治療管理	請詢問您的醫師或計劃。
睡眠診斷	請詢問您的醫師或計劃。
結紮程序	請詢問您的醫師或計劃。
言語治療	
言語治療	



要求核准一項治療或服務稱為**服務授權申請**。為取得這些治療或服務的核准，您需要：

撥打我們的免費會員服務電話號碼 **1-800-288-5441 (TTY 711)**。或以書面形式向 **WellCare, P.O. Box 31368, Tampa, FL 33631-3368** 發送您的請求。

如果您現在正在接受這些服務之一，但是需要繼續或取得更多照護，您也將需要取得**事先授權**。這稱為**同時性審查**。

**我們收到您的服務授權請求後會發生什麼情況：**

健康計劃有一個審查團隊，以確保您獲得我們所承諾的照護。我們檢查您所要求的服務是否涵蓋在您的健康計劃中。醫師和護理師都在審查小組中。他們負責確保您要求的治療或服務是醫學上必要且適合您。他們對照醫療可接受標準以檢查您的治療計劃，藉此進行審查。

我們可決定駁回一項服務授權申請或核准的數量低於所申請之數量。這些決策將由一位合格的健康照護專業人員決定。若我們判定申請之服務非醫學上必要，將由提供您所申請之照護的醫師或健康照護專業人員擔任臨床同儕審查員做出此決定。您可要求取得我們用來做出醫療相關必要性決定、稱為**臨床審查條件**的特殊醫療標準。

收到您的請求後，我們將根據**標準**或**快速追蹤**程序進行審查。如果認為延遲將會對您的健康嚴重傷害，您或您的醫師可以要求進行快速追蹤審查。如果您的快速跟蹤審查請求被駁回，我們會告知您，您的案例將在標準流程下處理。

我們會在以下情況下快速追蹤您的審查：

- 延遲將會對您的健康、生命或執行功能造成嚴重傷害；
- 您的服務提供者說明審查必須加快；
- 您要求更多您目前正在接受的服務；

在所有情況下，我們將盡快審查您的申請，因為您的醫療狀況需要我們這麼做，但是不晚於下列提及的時間。

我們將以電話和書面方式告訴您和您的服務提供者，您的申請是否核准或遭到駁回。我們也會告知您該決定的原因。如果您不同意我們的決定，我們會說明您會有哪些上訴或公平聽證會選擇。(請同時參閱本手冊稍後的計劃上訴及公平聽證會章節。)

### 事前授權請求的時限：

- **標準審查：**我們有所需的全部資訊時，我們將在 3 個工作日內針對您的申請進行決策，但是從我們收到您的申請之後到您收到我們決定的時間不超過 14 天。如果我們需要更多的資訊，我們會在第 14 天前告知您。
- **快速追蹤審查：**我們將在 72 小時內進行決策並讓您收到我們的決定。如果我們需要更多的資訊，我們會在 72 小時內告知您。

### 同時審查請求的時限：

- **標準審查：**我們有所需的全部資訊時，我們將在 1 個工作日內進行決策，但是從我們收到您的申請之後到您收到我們決定的時間不超過 14 天。如果我們需要更多的資訊，我們會在第 14 天前告知您。
- **快速追蹤審查：**我們將在取得所需的全部資訊後的 1 個工作日內做出決定。您將在我們收到您的請求後的 72 小時內收到我們的通知。如果我們需要更多資訊，1 個工作日內我們將會告訴您。

### 其他申請的特殊時限：

- 若您在醫院或剛離開醫院且您要求居家健康照護，我們將會在您提出申請後 72 小時內做出決定。
- 若您正在接受住院病患物質使用疾患治療且至少在您出院前 24 小時要求更多服務，我們將會在您提出申請後 24 小時內做出決定。
- 若您要求可能與法院出庭相關的心理健康或物質使用疾患服務，我們將會在您提出申請後 72 小時內做出決定。
- 若您要求門診處方藥物，我們將會在您提出申請後 24 小時內做出決定。
- 循序用藥計劃代表您必須在我們核准您申請的藥物前，先嘗試其他藥物。若您要求核准以推翻循序用藥計劃，我們將在 24 小時內做出對門診處方藥物的決定。對於其他藥物，我們將在您提出申請後 14 天內做出決定。

如果我們需要更多資訊針對您的服務申請進行標準或快速追蹤審查的決策，我們將：

- 寫信並告知您需要的資訊。如果您的請求正在進行快速追蹤審查，我們將立即致電給您，隨後傳送一封書面通知。

- 告訴您延遲符合您的最大利益之原因。
- 在我們要求提供更多資訊後 14 日內作出決定。

您、您的服務提供者或您信任的某人也可要求我們花費更多時間來作出決定。這可能是因為，您有更多資訊來讓計劃幫助您決定您的案例。這可以透過撥打 **1-800-288-5441 (TTY 711)** 或寫信至 **WellCare, P.O Box 31368, Tampa, FL 33631** 來完成。

如果您不同意我們花費更多時間來審查您的上訴行動的決定，您或您的代表可向計劃提出投訴。針對審查時間，您或您所信任的人也可向 **New York State Department of Health** 提出投訴，請致電：**1-800-206-8125**。

直到我們審查時間屆滿的日期時我們將會通知您。但是如果基於某個原因到屆滿日期您沒有收到我們的通知，這樣等同於我們已駁回您的服務授權申請。若我們未及時回應您對於推翻循序用藥計劃的申請，您的申請將被核准。

若您認為我們駁回您服務授權申請的決定是錯的，您有權對我們提出計劃上訴。請見本手冊稍後的計劃上訴章節。

### 關於您的照護之其他決定：

有時候我們將針對您目前接受的服務進行同時性審查看看您是否還需要照護。我們也可能審查您已經接受過的其他治療和服務。這稱為**回溯性審查**。如果我們做出這些決定，我們將告訴您。

### 關於您的照護之其他決定的時限：

- 在多數情況下，若我們決定減少、暫停或停止我們已核准且您目前正在接受的服務，我們一定會在變更服務前至少 10 天告知您。
- 我們一定會在做出任何關於長期服務與支持（例如居家健康照護、個人照護、CDPAS、成人日間健康照護及護理之家照護）的決定前至少 10 天通知您。
- 如果我們正在檢查在過去已經提供過的照護，我們將在收到進行回溯性審查所有我們所需資訊的 30 天內決定該照護的支付。如果我們駁回支付一項服務，我們將在駁回該項支付當天通知您和您的服務提供者。這些通知不是帳單。即使我們日後駁回給付給服務提供者，您不須為接受計劃或 **Medicaid** 曾經承保您所接受之任何照護支付費用。

## 計劃上訴

有些治療和服務在您收到之前或為了能夠繼續獲得，您需要先獲得核准。這稱為**事先授權**。要求核准一項治療或服務稱為**服務授權申請**。此過程在本手冊前面已說明。駁回一項服務授權申請或核准的數量低於所申請數量之您的決策通知，稱為**初始不利決議**。

如果您對護理有關的決定感到不滿，您可採取以下步驟。

### 您的服務提供者可以請求重新考慮：

如果我們決定您的服務授權請求為非必要的醫療，或為實驗性或研究性；且我們未向您的醫師說明此事，您的醫師可能會請求諮詢計劃的醫療主管。醫療主管會在一個工作日內向您的醫師說明。

### 您可以提出計劃上訴：

若您認為我們對您服務授權申請的決定是錯的，您可要求我們再次檢視您的案件。這稱為**計劃上訴**。

- 自初始不利決議通知日期起，您有 **60 個日曆日** 可要求計劃上訴。
- 若您需要提出計劃上訴的協助，或追蹤上訴程序的步驟，可致電會員服務電話 **1-800-288-5441 (TTY 711)**。如果您因為聽力或視力障礙而有任何特別需要，或需要翻譯服務，我們可以幫助您。
- 您可本人親自提出計劃上訴，或由他人如家屬、朋友、醫師或律師為您提出要求。您與代表人皆須在說明您希望此人代表您的聲明上簽署並註明日期。
- 我們不會因為您請求計劃上訴而採取不同或惡劣的方式對待您。



**對您護理服務有關的決定提出上訴期間的繼續服務援助：**

如果我們決定減少，暫停或停止您現在正在獲得的服務，在等待公平聽證會決定時，您可能仍然可以取得這些服務。您必須要求您的計劃上訴：

- 在告知您的護理已變更後的 **10** 日內；或
- 服務預計變更日之前，視何者較晚。

如果您的計劃上訴導致您再次被駁回，您必須支付您接受的任何繼續福利的費用。

您可以電話或書面方式要求計劃上訴。當您要求提出計劃上訴當下，或在不久之後，您必須提供我們：

- 您的姓名及地址
- 投保會員
- 您要求的服務及上訴理由
- 任何您希望我們審查的資訊，如病歷、醫師信件或其他可解釋為何您需要這項服務的資訊。
- 任何我們曾在初始不利決議通知中提及所需的特定資訊。
- 為協助您準備計劃上訴，您可要求檢閱指引、病歷及其他我們用於做出初始不利決議的資料。若您的計劃上訴為快速追蹤審查，您可提供希望我們審查之資料的時間可能較短。您可致電 **1-800-288-5441 (TTY 711)** 要求檢閱這些資料，或要求一份免費的副本。

經由電話、傳真或郵寄提供我們您的資訊及材料：

電話.....	<b>1-800-288-5441 (TTY 711)</b>
傳真.....	<b>1-866-201-0657</b>
郵寄.....	<b>WellCare 上訴部門</b> <b>P.O.Box 31368</b> <b>Tampa, FL 33631</b>

若您以電話要求計劃上訴，除非是快速追蹤審查，否則您也必須寄送計劃上訴書面資料給我們。

如果您要求網絡外服務或服務提供者：

- 若我們聲稱您所要求的服務與來自參與服務提供者提供之服務並無太大不同，您可要求我們確認此服務是否對您有醫療必要性。您需要請您的醫師隨同計劃上訴寄送這些資訊：
  - 1) 來自您的醫師的書面聲明，指出網絡外服務與來自計劃之參與服務提供者可提供的服務有很大差異。您的醫師必須是具學會認證或符合專科資格、負責治療需要您所要求之服務的病患的專科醫生。
  - 2) 兩項醫學或科學資料證實您所要求的服務對您更有幫助，且相較於來自計劃之參與服務提供者可提供的服務，不會對您造成更多傷害。即使您的醫師沒有寄送這些資訊，我們仍會審查您的計劃上訴。但您可能不符合外部上訴的資格。請見本手冊稍後的外部上訴行動章節。
  
- 若您認為我們的參與服務提供者沒有正確的訓練或經驗以提供服務，您可要求我們確認將您轉介給網絡外服務提供者是否對您有醫療必要性。您需要請您的醫師隨同上訴寄送這些資訊：
  - 1) 書面聲明指出我們的參與服務提供者沒有符合您需求之正確訓練與經驗，以及
  - 2) 推薦的網絡外服務提供者具備正確訓練與經驗，有能力提供此服務。您的醫師必須是具學會認證或符合專科資格、負責治療需要您所要求之服務的病患的專科醫生。即使您的醫師沒有寄送這些資訊，我們仍會審查您的計劃上訴。但您可能不符合外部上訴的資格。請見本手冊稍後的外部上訴行動章節。
  
- 即使您的醫師沒有寄送這些資訊，我們仍會審查您的作為上訴。但您可能不符合外部上訴的資格。請查閱第 59 頁，瞭解更多外部上訴的資訊。

我們收到您的計劃上訴後，會怎樣？

- 在 15 日內，我們將向您寄送一封信函，告知我們正在處理您的計劃上訴。
- 我們將寄給您一份免費的病歷與任何其他我們將用於做出上訴決定的資訊副本。若您的計劃上訴是快速追蹤審查，用於審查這些資訊的時間可能較短。

- 您還可以親自或透過書面方式提供可用於作出決定的資訊。如果您不確定給我們什麼資訊，請致電 WellCare，電話：**1-800-288-5441 (TTY 711)**。
- 臨床問題的計劃上訴將由合資格的健康護理專業人士決定，他們未參與作出初始決定，但其中至少有一位為臨床同行審查員。
- 非臨床決定將由比作出初始決定人士更高級別的人士處理。
- 您會收到我們作出決定的理由以及臨床的基本原理（如適用）。駁回您的申請或核准的數量低於所申請之數量的計劃上訴決定通知稱為**最終不利決議**。
- 若您認為我們的最終不利決議是錯的：
  - 如果是，您可要求舉辦公平聽證會。請參閱本手冊的公平聽證會章節。
  - 針對某些決定，您可以要求外部上訴。請參閱本手冊的外部上訴章節。
  - 您可以向 New York State Department of Health 提出投訴，請致電：**1-800-206-8125**。

#### 上訴計劃時限：

- **標準計劃上訴**：如果我們具備所需的全部資訊，我們會在您提出計劃上訴的 30 個日曆日內將我們的決定告知您。
- **快速追蹤計劃上訴**：我們有所需的全部資訊時，我們將在 2 個工作日內針對您的計劃上訴進行決策，但是從我們收到您的計劃上訴起不超過 72 小時。
  - 如果我們需要更多的資訊，我們會在第 72 小時內告知您。
  - 若您在離開醫院前至少 24 小時要求接受更多住院病患物質使用疾患治療且被駁回，我們將會在 24 小時內針對您的上訴做出決定。
  - 我們會透過電話將我們的決定告知您，並隨後寄送書面通知。

#### 您的計劃上訴將在快速跟蹤流程下審查，如果：

- 如果您或您的醫師請求在快速跟蹤流程下審查您的計劃上訴。您的醫師必須向您解釋延遲會對您的健康造成何種傷害。如果您的快速跟蹤請求被駁回，我們會告知您，您的計劃上訴將在標準流程下審查；**或**
- 如果您請求繼續接受您目前正在接受的護理服務或需要延長已提供的服務時間時被駁回；**或**
- 如果您在住院後請求居家護理服務時被駁回。
- 若您在離開醫院前至少 24 小時要求接受更多住院病患物質使用疾患治療且被駁回。

如果我們需要更多資訊來對您的計劃上訴作出標準或快速跟蹤決定，我們會：

- 寫信給您，告知您我們需要的資訊。如果您的請求正在進行快速追蹤審查，我們將立即致電給您，隨後傳送一封書面通知。
- 告訴您延遲符合您的最大利益之原因；
- 在我們要求提供更多資訊後 **14** 日內作出決定。

您或您的代表也可要求我們花更多的時間來做出決定。這可能是因為，您有更多資訊來讓計劃幫助您決定您的案例。這可以透過撥打 **1-800-288-5441 (TTY 711)** 或書面來完成。

如果您不同意我們花費更多時間來審查您的計劃上訴的決定，您或您的代表可向計劃提出申訴。針對審查時間，您或您所信任的人也可向 **New York State Department of Health** 提出投訴，請致電：**1-800-206-8125**。

若您不接受針對計劃上訴的回覆或我們未及時做出決定，包括延長，則您可要求進行公平聽證會。請參閱本手冊的公平聽證會章節。

若我們未及時對您的計劃上訴做出決定，且我們聲稱您所要求的服務為：

1) 非醫療所必需；2) 實驗性或研究性；3) 與您能從計劃網絡中取得的服務沒有差異；或 4) 可由具備正確訓練及經驗、符合您需求的參與服務提供者處取得，則將反轉原始之駁回。這意味著您的服務授權請求將被批准。

## 外部上訴

若我們聲稱您要求的服務符合下述，則您有其他上訴權利：

- 1) 為非必要的醫療；
- 2) 實驗性或研究性；
- 3) 與您能從計劃網絡中取得的服務沒有差異；
- 4) 可由具備正確訓練及經驗、符合您需求的參與服務提供者處取得，則將反轉原始之駁回。

對於這些類型的決定，您可以向 **New York State** 要求獨立**外部上訴**。這稱為「外部上訴」，因為請求由非服務於保健計劃或州的審查員決定。這些審查員是經 **New York** 州批准的合資格人員。服務必須屬於計劃的給付範圍或為實驗性治療、臨床試驗或罕見病治療。您不需要支付外部上訴費用。

在您要求外部上訴前：

- 您必須提出計劃上訴，並獲得計劃的最終不利決定； **或**
- 如果您未獲得服務，且您請求快速追蹤計劃上訴，您可同時請求加速外部上訴。您的醫師必須說明有必要提出加速外部上訴； **或**
- 您和計劃可同意跳過計劃的上訴流程，而直接跳至外部上訴； **或**
- 您可證明計劃在處理您的計劃上訴時未正確遵守規則。

您可在收到計劃的最終不利決定後的 **4 個月**內請求外部上訴。如果您和計劃同意跳過計劃的上訴流程，那麼您必須在作出同意後的 **4 個月**內請求外部上訴。

如需提出外部上訴，請填寫申請，然後寄送至金融服務部。如果您需要有關提出上訴的幫助，您可以致電會員服務部，電話號碼是 **1-800-288-5441 (TTY 711)**。您和您的醫師必須提供有關您醫療問題的資訊。外部上訴申請應說明需要的資訊。

以下為取得申請的一些方式：

- 致電財務服務部，電話號碼：**1-800-400-8882**
- 瀏覽財務服務部網站：網址 [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov)
- 請聯絡健康計劃，電話 **1-800-288-5441 (TTY 711)**

您的外部上訴將在 **30 日**內決定。如果外部上訴審查員要求提供更多資訊，則需要更多時間（最長 **5 個**工作日）。決定作出後的 **2 日**內，您和計劃將被告知最終決定。

若符合下列情況，您可獲取更快速的決定：

- 您的醫師表示延遲會對您的健康造成嚴重傷害；或者
- 您在急診室就診後目前仍在住院且此住院照護被計劃駁回。

這稱為「**加速外部上訴**」。外部上訴審查員會在 **72 小時**內對加速上訴作出決定。

若您在離開醫院前至少 **24 小時**要求更多住院病患物質使用疾患治療，我們將在以下情況繼續給付您的留院：

- 您在 **24 小時**內要求快速追蹤計劃上訴，並且
- 您同時要求快速追蹤外部上訴。

我們將持續給付您的留院，直到對您的上訴做出決定。我們將在 **24 小時**內對您的快速追蹤計劃上訴做出決定。快速追蹤外部上訴將在 **72 小時**內決定。

外部上訴審查員會透過電話或傳真立即將決定告知您和計劃。隨後，將寄送說明上訴決定的信件，將決定告知您。

若您要求計劃上訴且您收到駁回、減少、暫停或停止您的服務之最終不利決議，您可要求舉行公平聽證會。您可要求公平聽證會或要求外部上訴，或都提出。如果您同時要求召開公平聽證會並提出外部上訴請求，公平聽證官的決定為「舉足輕重」。

## 公平聽證會

您可能會向 New York 州請求公平聽證會。

- 您不滿您的當地社會服務部或州衛生署對您繼續參加或離開 WellCare 作出的決定。
- 您可能不高興我們做出限制您的服務之決定。您覺得決定限制了您的 Medicaid 福利。自意圖限制通知日期起，您有 60 個日曆日的時間可要求舉行公平聽證會。若您在意圖限制通知日期起 10 天內，或在限制生效日期前 (視何者較晚) 要求舉行公平聽證會，則在做出公平聽證決定前，您可持續獲得服務。然而，若您您的公平聽證會失敗，您可能必須支付在等待期間的服務費用。
- 您不滿您的醫師將不指定您想要的服務的決定。您認為醫師的決定停止或限制了您的 Medicaid 福利，您必須向 Wellcare 提出投訴。若 WellCare 同意您的醫師的作法，您可要求計劃上訴。若您收到最終不利決議，自最終不利決議日期起，您有 120 個日曆日可要求舉行州公平聽證會。
- 您可能不高興我們針對您的護理所做出的決策。您覺得決定限制了您的 Medicaid 福利。您對我們做出下列決定感到不高興：
  - 減少、暫停或停止您曾接受的照護；或
  - 駁回您想要的照護；
  - 駁回給付您所接受的照護；或
  - 不讓您為共付額、其他欠款或您為健康照護支付金額提出爭議。

您必須要先提出計劃上訴並收到最終不利決議。自最終不利決議日期起，您有 120 個日曆日可要求舉行州公平聽證會。

若您要求計劃上訴且收到減少、暫停或停止您現正接受之照護的最終不利決議，您可在等待公平聽證會決定前繼續接受您的醫師指示之服務。您必須在最終不利決議日期起 **10 天內**，或在作為生效前 (視何者較晚) 要求舉行公平聽證會。但若您選擇要求持續服務且您的公平聽證會失敗，您可能必須支付在等待決定期間所接受的服務費用。

- 您要求計劃上訴且我們對您計劃上訴做出決定的期限已過，包括任何延長。若您未收到針對計劃上訴的決定，或我們未即時決定，您可要求舉行公平聽證會。

您從公平聽證官處獲得的決定將為最終決定。

您可使用以下一項方式提出公平聽證：

1. 透過電話撥打免費電話：**1-800-342-3334**
2. 透過傳真：**518-473-6735**
3. 透過網路：[www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp](http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp)
4. 透過郵件：**NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
Managed Care Hearing Unit  
P.O.Box 22023  
Albany, New York 12201-2023**

當您要求舉行針對 WellCare 做出之決定的公平聽證會時，我們一定會寄給您一份**證明資料包**副本。我們曾使用此資訊針對您的照護做出決定。計劃將提供此資訊給聽證官以解釋我們的作為。若沒有足夠的時間將其寄送給您，我們將攜帶此證明資料包副本至聽證會給您。若您在舉行聽證會前一週仍未收到您的證明資料包，可致電 **1-800-288-5441 (TTY 711)** 提出詢問。

記住，您可在任何時間向 New York State Department of Health 提出投訴，請致電 **1-800-206-8125**。

## 投訴過程

投訴：



我們希望我們的健康計劃能為您提供良好的服務。如果您有問題，請和您的 PCP 討論，或致電或寫信到會員服務部。大多數問題可以馬上得到解決。如果您對於您的照護或服務有問題或爭議，您可以和計劃提出投訴。透過電話未立即解決的問題，以及來自信件的任何投訴，將按照下述投訴程序處理。

若您需要填寫投訴的協助或欲追蹤投訴流程步驟，您可撥打會員服務電話 [填入適用之健康計劃免付費電話號碼]。如果您因為聽力或視力障礙而有任何特別需要，或需要翻譯服務，我們可以幫助您。

我們不會讓事情對您而言變得複雜或因為您提出投訴而對您採取任何行動。

您也有權利聯絡 New York State Department of Health 提出您的投訴，電話 **1-800-206-8125**，或寫信到：Complaint Unit, Bureau of Consumer Services, OHIP DHPCO 1CP-1609, New York State Department of Health, Albany, New York 12237

您也可以隨時聯絡您的當地社會服務部 (Department of Social Services)，提出您的投訴。如果您的投訴涉及帳單問題，您可致電 New York State 財務服務部，電話：**(1-800-342-3736)**。

### 如何向我們的計劃提出投訴：

您可本人親自提出投訴，或由他人如家屬、朋友、醫師或律師為您提出投訴。您與代表人皆須在說明您希望此人代表您的聲明上簽署並註明日期。

您可以透過電話提出，請致電會員服務電話 **1-800-288-5441 (TTY 711)**，週一到週五上午 8 點至下午 6 點。如果您在非工作時間來電，請留言。我們會在下一個工作日回電給您。如果我們需要更多資訊來做決定，我們會告知您。

您可以將您的投訴寫信給我們，或撥打會員服務部電話，索取投訴表格。應郵寄至 **WellCare, P.O.Box 31370, Tampa, FL 33631-3370**。

### 後續事項：

如果我們未透過電話立即解決問題，或在我們收到您的書面投訴後，我們會在 15 個工作日內寄送信函。此信將告訴您：

- 誰在處理您的投訴



- 如何聯絡該人
- 我們是否需要更多資訊

您還可以親自或透過書面方式提供可用於審查您的投訴的資訊。如果您不確定給我們什麼資訊，請致電 WellCare，電話：**1-800-288-5441 (TTY 711)**。

您的投訴將由一位或多位合資格人士審查。如果您的投訴涉及臨床問題，您的個案將由一位或多位合資格的健康護理專業人士審查。

### 我們審查您的投訴後：

- 我們會在我們獲得答覆您的投訴所需的全部資訊後的 **45** 日內告知您我們的決定，但您將在我們收到您的投訴後的 **60** 日內收到我們的答覆。我們會寫信給您，並告知您我們作出決定的原因。
- 當延遲危及您的健康時，我們會在獲得答覆您的投訴所需的全部資訊後的 **48** 個小時內告知您我們的決定，但您將在我們收到您的投訴後的 **7** 日內收到我們的答覆。我們會致電給您，或嘗試聯絡您，以告知您我們的決定。您會在 **3** 個工作日內收到追蹤我們溝通的一封信函。
- 您會被告知如果感到不滿應如何對我們的決定提出上訴，並且我們會隨附您可能需要的任何表格。
- 如果我們因為缺乏足夠的資訊而無法對您的投訴作出決定，我們會寄送信函告知您。

### 投訴上訴：

如果您不同意我們對您的投訴作出的決定，您可向計劃提出**投訴上訴**。

### 如何提出投訴上訴：

- 如果您對我們的決定感到不滿，您可在收到我們答覆後的至少 **60** 個工作日內提出投訴上訴；
- 您可以自己提出上訴或請求您信任的某人為您提出投訴上訴；
- 投訴必須以書面方式提出。如果您透過電話提出投訴，則必須採取書面方式追蹤。在您致電後，我們會向您寄送一張概述您電話投訴的表格。如果您同意我們的概述，您必須簽字，並將表格返回給我們。您可以在將表格寄回給我們前進行任何需要的更改。



## 我們收到您的投訴上訴後，會怎樣？

我們收到您的投訴上訴後，我們會在 **15** 個工作日內向您寄送一封信函。此信將告訴您：

- 誰在處理您的投訴上訴，
- 如何聯絡該人
- 我們是否需要更多資訊

您的投訴上訴將由比作出投訴初始決定人士更高級別的一位或多位合資格人士審查。如果您的投訴上訴涉及臨床問題，您的個案將由一位或多位合資格的健康護理專業人士審查，其中至少有一位臨床同行審查員，他們未參與作出有關您投訴的初始決定。

如果我們具備所需的全部資訊，您將在 **30** 個工作日內知道我們的決定。如果延遲危及您的健康，您會在我們獲得決定上訴所需的全部資訊後的 **2** 個工作日內知道我們的決定。您會收到我們作出決定的理由以及臨床的基本原理（如適用）。如果您仍然感到不滿，您或代表您的某人可在任何時間向 **New York State Department of Health** 提出投訴，電話號碼是 **1-800-206-8125**。