

# 會員權利



若您不同意 Health Plan of San Mateo (HPSM) 所作出的承保裁決，您有權提出投訴。如果您對投訴的結果不滿意，則您有數種選擇。採取這些行動不會改變您的健康承保範圍。

## Medi-Cal 及 HealthWorx 計畫會員的選擇

- 如果您屬於下列狀況，請致電 **1-888-466-2219** 聯絡 Department of Managed Health Care (DMHC) 協助中心：
  - 您不同意 HPSM 對於投訴或上訴的裁決。
  - HPSM 未於 30 天內解決您的投訴或上訴。
  - 您的個案緊急，等待 HPSM 審查完成會對您的健康構成危險。
- 如果您的上訴被拒絕，則您可以要求 DMHC 進行獨立醫療審查 (IMR)。若您的個案符合條件，則將由獨立醫療審查專家判定 HPSM 是否必須承保健康護理服務。欲瞭解更多詳情，請致電 HPSM Grievance and Appeals: **650-616-2850** 或 DMHC 協助中心: **1-888-466-2219**。

## 僅供 MCE 和 Medi-Cal 會員選擇

您可以透過 Medi-Cal 州聽證會重新評估您遭拒的申訴或上訴。此會議出席人員為加州 Department of Social Services 行政法官、HPSM 代理人，以及 Medi-Cal 或 MCE 會員 (或經授權的代理人)。如欲申請召開州聽證會，請致電 **1-800-952-5253**。

- 您必須在 HPSM 的裁決日後 90 天 (3 個月) 內提出召開州聽證會的申請。
- 在 HPSM 仍在審查您的個案期間，也可以申請召開州聽證會。
- 您的個案在由州聽證會審查期間，HPSM 仍將負擔您的健康照護費用。

## 如何取得協助

### DMHC 和 IMR

DMHC 協助中心 **1-888-466-2219**

TDD: **1-877-688-9891**

[www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov)

### 州聽證會 (請致電、去信或傳真)

California Department of Social Services  
**1-800-952-5253**

PO Box 944243, MS 19-37  
Sacramento, CA 94244-2430

傳真: **916-651-5210** 或 **916-651-2789**

您可以要求以其他語言 (俄語、他加錄語) 取得此資訊