

用於針對管理式醫療護理被拒絕提交州聽證會的表格
(FORM TO FILE A STATE HEARING FROM A
MANAGED CARE DENIAL)

您可以致電 **1-800-743-8525** 請求一個州聽證會：TDD 用戶，請致電 **1-800-952-8349**。您還可以通過以下方式請求一個聽證會：

- 您可以線上申請舉行聽證會，網址：
WWW.CDSS.CA.GOV
- 您可以填寫此表格並將其傳真至州聽證會處，號碼：**916-309-3487** 或免費號碼：
1-833-281-0903
- 您可以填寫此表格並將其通過電子郵件發送至
SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV
- (注意：如果您通過電子郵件發送，請理解存在風險，州聽證會處 (*State Hearings Division*) 以外的其他人可能會攔截您的電子郵件。請考慮使用更安全的方法發送您的請求。)

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

- 您也可以將此州聽證會請求郵寄至：

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-433
Sacramento, CA 94244-2430

如需免費幫助填寫此表格，請撥打隨附的“您的權利”
通知 (‘Your Rights’ Notice) 中列出的法律援助電話號
碼

我不同意有關我的醫療保健的決定。陳述醫生要求的
治療、藥物、設備或服務。我不同意，因為：

(如果您需要更多的空白處，請使用附頁。)

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

請提供有關受益人的資訊
(這是被拒絕醫療福利的人員)

姓名 : _____

出生日期 : _____

地址 (郵寄地址) :

電話號碼 : _____

我們是否有權通過電子郵件與您聯繫 ? [] 是 [] 否

如果是 , 您的電子郵寄地址是什麼 :

請提供您的 **Medi-Cal BIC** 卡號碼和/或社會保障號碼
(如果您有) :

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

您享受直接 Medi-Cal 交費服務 (Fee for Service) 或管理式醫療護理 (Managed Care) 嗎？

如果享受管理式醫療護理，那麼您的健康計畫的名稱是什麼：_____

請回答適用於受益人的每個問題

我的醫生在此日期申請了這項健康福利：

健康計畫在此日期拒絕了這項健康福利：

我已就此案向健康計畫提出上訴：

是 [] 在什麼日期？_____ 否 []

健康計畫對上訴作出了答覆：

是 [] 在什麼日期？_____ 否 []

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

您是否向健康計畫提出加急（72 小時）上訴？

[] 是 [] 否

健康計畫是否在 72 小時內對上訴進行了判決？

[] 是 [] 否

我的聽證會需要這些（請選中適用於您的方框）：

- 我需要加急聽證會，因為我的情況很緊急。** 我的個案必須快速裁決，我等不及最多 90 天。如果不快速裁決，就會發生這種情況：

解釋為什麼您等不及最多 90 天。如果您不解釋，您的個案將不會被加急處理，而是會按正常排程。您可以提交醫生的來信或計畫說明您不能等待的原因。

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

- 繼續服務 / 援助支付待定：請繼續我的治療**，直到法官裁決我的個案。（描述您想繼續進行的治療並說明該計畫已停止此治療或規劃將停止此治療的日期）：

- 我需要一位免費翻譯**。我的語言或方言是：

- 我有殘疾，希望獲得合理的照顧來幫助我參加我的聽證會**。我需要的照顧是：

- 我希望有另外一個人在聽證會上替我講話**（代表我）。她/他可以查看我的與這次聽證會相關的醫療記錄並出席聽證會。我選擇替我講話的人是：

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

姓名： _____

電話號碼： _____

地址： _____

我的簽名： _____

今天的日期： _____

**發送此表格，附上您從您的計畫收到的信件（上訴
決議通知書）的副本（如果您有的話）。（如果您
想自己有一份此表格的副本，請在發送之前複印一
份。）**