

Community Health Plan of Washington

申诉和上诉程序

关于我的健康计划，我应该向谁寻求帮助？

如果您需要帮助，请致电 1-800-440-1561，或如果您是 TTD/TTY 人士，请致电 711。我们将对您的信息保密。如果您不会说英语，我们可以提供帮助。如您需要英语之外的其他语言版本的任何信息，请拨打我们的电话 1-800-440-1561（TTD/TTY：711）。我们将免费为您提供语言协助。

要提出申诉或上诉，请联系：

Community Health Plan of Washington	网站：chpw.org
收件人：Appeals & Grievances	电话：1-800-440-1561
地址：1111 3rd Ave Ste.400	传真：206-613-8984
城市/州/邮政编码：Seattle, WA 98101	电子邮箱：CustomerCare@chpw.org

如果您是有行为健康需求的客户，行为健康倡导者可以帮助您解答问题并提出申诉和上诉。

如果您需要有关如何联系当地行为健康倡导者的信息，请致电 1-800-440-1561 或访问 chpw.org/member-center/behavioral-health。

申诉程序：我如何提出投诉？

您或您的授权代表有权提出投诉。这一流程叫做申诉。我们将帮助您提出申诉。申诉是针对以下方面的投诉：

- 您被对待的方式
- 您获得的护理或服务的质量
- 获取护理方面存在问题
- 账单问题

如果您需要帮助以提出申诉，请致电 1-800-440-1561。或如果您是 TTD/TTY 人士，请致电 711。我们将在两个工作日内通知您我们收到了您的申诉。我们将在 45 日内调查和处理您的申诉，并告诉您解决方案。如果我们需要更多时间，我们将以书面形式通知您和/或您的授权代表。您有权对我们做出的不利裁决（如有）提出上诉。

标准和加急上诉程序：如何要求对被拒绝的服务或转诊进行审查？

上诉是指要求我们对被拒绝的服务或转诊进行审查。如果服务被拒绝、减少或提前结束，您可以对我们的裁决提出上诉。以下是上诉程序的步骤：

- 第 1 步：Community Health Plan of Washington 标准和加急上诉
- 第 2 步：州立行政听证会
- 第 3 步：独立审查
- 第 4 步：医疗保健管理局 (HCA) 上诉委员会审查法官

在上诉期间继续获取服务

如果您希望在我们审查您的上诉期间继续获取先前批准的服务，您必须在拒绝信函所载日期后的 10 日内提出上诉。如果上诉程序的最终裁决与我们的决定一致，您可能需要为上诉期间获取的服务付费。

Community Health Plan of Washington

申诉和上诉程序

第 1 步 – Community Health Plan of Washington 标准和加急上诉：我如何提出上诉？

您有权提出上诉。您可以选择一个人（包括律师或医疗服务提供者）来担任您的代表并以您的名义行事。您必须签署一份同意书，以允许此人代表您行事。Community Health Plan of Washington 不承保向您的代表支付的任何费用或报酬。这是您的责任。您还有权获得行为健康倡导者的协助来提出上诉。

您或您的授权代表可以在 Community Health Plan of Washington 拒绝信函所载日期后的 60 日内提出上诉。上诉可以通过电话、亲自或书面形式提出。您有权利并有机会提交与上诉有关的书面意见、文件和其他附加信息。支持您上诉的信息可以通过电话、书面形式或亲自提交。我们会在五日内以书面形式通知您我们已收到您的标准上诉，如果是加急上诉，我们会在 72 小时内通知您。Community Health Plan of Washington 可以帮助您提出上诉。

如果您需要帮助以提出上诉，请致电 1-800-440-1561。

第 1 步：向 Community Health Plan of Washington 提出上诉

电话：1-800-440-1561

传真：206-613-8984

地址：1111 3rd Ave Ste 400, Seattle, WA 98101

您可以要求健康保险公司说明就福利不利裁决咨询过的专家，即使在作出裁决时并未采用该专家的建议。健康保险公司无需透露专家的姓名或地址，而是可以提供该专家的职称和专业、医疗委员会认证状态或与其资质相关的其他信息，并说明他们是否受雇于健康保险公司。

在上诉之前或期间，您或您的代表可以索取上诉档案中所有文件的副本，以及用于做出决定的指南或福利条款。这些资料将免费寄送给您。我们将视您的健康状况所需尽快处理您的上诉。Community Health Plan of Washington 将在 14 日内向您寄送我们的书面裁决，除非我们告诉您我们需要更多时间。如果我们需要更多时间，我们将以书面形式通知您和/或您的授权代表。我们的审查时间不会超过 28 天。我们将会您的上诉保密。

如果您或您的医疗服务提供者因您的健康面临风险而希望快速做出决定，请致电 1-800-440-1561，要求我们对拒绝裁决进行快速（称为“加急”）审查。如果您的身体或心理健康面临严重风险或涉及心理健康药物授权，您可以要求快速审查。Community Health Plan of Washington 将在收到您的加急审查请求后 72 小时内与您联系，告知我们的决定。

如果您要求提出加急上诉，但 Community Health Plan of Washington 确定您的健康没有面临风险，我们将遵循标准的上诉时间表。我们将在您提出上诉后的两日内向您致函，告知您裁决和变更原因。

Community Health Plan of Washington

申诉和上诉程序

如果需要更多信息来处理您的上诉，并且延迟符合您的最佳利益，加急期限最长可能会延长至 14 日。如果 Community Health Plan of Washington 决定延长这一期限，我们将在您提出上诉后的两日内向您致函，告知您需要延期的原因。您也可以提出延期要求。

第 2 步 – 州立行政听证会：我如何申请法律审查？

如果您不同意 Community Health Plan of Washington 的上诉裁决，您可以要求举行州立行政听证会。您必须先完成 Community Health Plan of Washington 的上诉程序，然后才能举行听证会。您必须在说明维持拒绝裁决的上诉裁决信函所载日期后的 120 日内要求举行听证会。当您要求举行听证会时，您需要说明哪些服务被拒绝、何时被拒绝以及被拒绝的原因。您的医疗服务提供者不得代表您要求举行听证会。

第 2 步：要求举行州立行政听证会

联系行政听证办公室 (OAH)

电话：1-800-583-8271

地址：P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489

您可咨询律师或让其他人代表您出席听证会。如果您在寻找律师方面需要帮助，请咨询离您最近的法律服务办公室或拨打 NW Justice CLEAR 热线 1-888-201-1014 或访问他们的网站 www.nwjustice.org。

如果您的健康面临风险，您可请求快速裁决。法官将在收到请求后的四个工作日内作出裁决。如果法官判定您的健康没有风险，OAH 将在提出请求后的四个工作日内给您致电并来函。您的听证会将改为标准期限。

第 3 步 — 独立审查：如何申请独立审查？

独立审查由一位与 Community Health Plan of Washington 无劳动关系的医生或专家进行。如果不认同州立行政听证会的决定，您可以在听证会公布决定之日起 21 天内申请独立审查，或者您可以直接进入第 4 步。如需帮助请致电 1-800-440-1561。如果您的健康面临风险，您可请求快速裁决。提出独立审查申请后，您必须在五个工作日内向我们提交需要审查的所有额外信息。如果您申请进行审查，您的个案将在三个工作日内发送到一家独立审查机构 (IRO)。此项审查无需付费。Community Health Plan of Washington 会向您告知决定。

第 3 步：申请独立审查

联系 Community Health Plan of Washington

电话：1-800-440-1561

传真：206-613-8984

地址：1111 3rd Ave. Ste 400, Seattle, WA 98101

第 4 步 — HCA 上诉委员会：如何再次申请法律审查？

您可以申请由 HCA 上诉委员会审查法官对您的个案进行最终审查。此申请必须在 IRO 决定寄出之日起 21 天内提出。HCA 上诉委员会的决定为最终决定。

Community Health Plan of Washington

申诉和上诉程序

第 4 步：申请 HCA 上诉委员会审查

电话：(360) 725-0910，免费电话：(844) 728-5212

传真：(360) 507-9018

地址：P.O. Box 42700, Olympia, WA 98504-2700

其他信息

服务账单：如果您收到医疗保健服务的账单，请拨打 1-800-440-1561。

第二医疗意见：您可以随时获得关于医疗保健或医疗状况的第二医疗意见。请拨打 1-800-440-1561 了解如何获得第二医疗意见。

非承保福利

规则破例：您或您的服务提供者可向 Community Health Plan of Washington 提出申请，要求批准某项不属于承保福利的服务。对成人而言，这称为规则破例 (ETR)。

- 您必须提出申请才能获得此项服务。
- 您的服务提供者必须向我们提供相关文件，证明您的医疗状况与大多数人不同。
- 其他价格更低的承保服务无法满足您的需求。
- 该申请必须满足 Washington Administrative Code (WAC) 182-501-0160 的规定才能获得批准。
- 您可以在您或您的服务提供者申请规则破例的同时提出上诉。

ETR 的决定为最终决定，不能就此提出上诉。

21 岁以下的儿童和青少年：早期和定期检查、诊断和治疗 (EPSDT) 福利为 21 岁以下 Medicaid 承保的儿童和青少年提供全面的预防性医疗保健服务。管理式护理组织 (MCO) 必须提供受到联邦 Medicaid 计划承保，并且在治疗、纠正或减少疾病和医疗状况方面具有医学必要性的任何额外医疗保健服务。当具有医学必要性的承保服务遭拒时，您有权提出上诉。对于 21 岁以下的儿童和青少年，ETR 程序不适用。

限制扩展 (LE)：您的服务提供者可能会向 Community Health Plan of Washington 提出申请，要求批准超出您福利计划允许范围的更多服务。“更多”可能是指在服务范围、数量、时长或频率方面有所提升。例如，除福利允许的 12 次就诊外，申请更多成人物理治疗就诊次数。这称为 LE。

必须满足 WAC 182-501-0169 的规定才能获得批准：

- 您必须提出扩展申请才能获得更多服务。
- 必须提供相关文件，证明您之前接受的服务令您的医疗状况有所改善。
- 您必须证明，如果接受更多服务，您的医疗状况很可能会继续改善，并且如果不继续接受服务，您的医疗状况很可能会恶化。

Community Health Plan of Washington 申诉和上诉程序

您可以在您的服务提供者申请 LE 的同时提出上诉。

某些服务的经费受可用资金限制：某些服务由州政府或联邦专款补助支付。如果州政府或联邦专款补助耗尽，即使我们认同这些服务的必要性，也无法为您批准这些服务。如果某项服务因州政府或联邦专款补助耗尽而终止，则不设上诉程序。如果您是这种情况，我们会通知您。