

Community Health Plan of Washington 申诉和上诉程序

我应该向谁寻求健康计划方面的帮助？

如果您需要帮助，请拨打 1-800-440-1561（语障/听障专线：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。如果您需要英语以外的其他语言版本的信息，请拨打 1-877-644-4613（语障/听障专线：1-866-862-9380）。我们将免费为您提供语言协助。

如要提出申诉或上诉，请联系：

Community Health Plan of Washington
Attention: Appeals

地址：1111 3rd Ave Ste. 400

城市/州/邮编：Seattle, WA 98101

网站：www.chpw.org

电话：1-800-440-1561

传真：206-613-8984

电子邮件：CustomerCare@chpw.org

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。我们对此称为“申诉”。我们将帮助您提出申诉。申诉是关于以下方面的投诉：

- 对待您的方式
- 您得到的护理或服务的质量
- 护理问题
- 费用问题
- 态度和服务

如果您在提出申诉方面需要帮助，请拨打：1-800-440-1561。（语障/听障专线：711）。我们会在两个工作日内通知您已收到您的申诉。我们将尽力立即处理您的申诉。我们将在 45 天内调查和解决您的申诉，并告诉您如何解决。您有权对我们做出的不利决定（如有）提出上诉。

如果您有任何行为健康需求，监察员可以帮助您解决问题和提出申诉。如果您需要有关如何与当地监察员联系的信息，请拨打 1-800-440-1561 或访问 <https://www.chpw.org/find-health-plan/apple-health-plan/our-regions/>。

标准和快速上诉程序：我该如何要求审查被拒绝的服务？

Community Health Plan of Washington 申诉和上诉程序

上诉是指要求审查被拒绝的服务或转诊。如果服务被拒绝、减少或提前结束，您可以对我们的决定提出上诉。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：州行政听证会

第 3 步：独立审查

第 4 步：Health Care Authority (HCA) 上诉委员会审查法官

在上诉过程中继续提供服务

如果您想在我们审查您的上诉的期间继续获得之前批准的服务，您必须在拒绝通知函所载日期起的 10 天内提出上诉。如果上诉程序的最终决定与我们的决定一致，您可能需要为您在上诉过程中获得的服务付费。

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：如何提出上诉？

您或您的授权代表有权提出上诉。您或您的授权代表可在 Community Health Plan of Washington 拒绝通知函所载日期起 60 天内提出上诉。您或您的代表可以通过电话、当面或书面形式请求上诉。如果您通过电话请求上诉，您还必须以书面形式将已签名的上诉表寄给我们。您有权利和机会提出书面意见、文件或其他与上诉有关的补充信息。支持您上诉的补充信息（包括意见和/或文件）可以通过电话、书面或当面提出。我们将在 5 天内以书面形式通知您我们收到了您的标准上诉，如果是加急上诉，则在 72 个小时内通知您。如果出现延误，我们将通知您和/或您的授权代表，并根据您的健康需要尽快处理上诉。Community Health Plan of Washington 可以帮助您提出上诉。如果您在提出上诉方面需要帮助，请拨打：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

您有权在提出上诉时得到监察员的协助。您可以选择他人（包括律师或服务提供者）代为您行使您的权利。您必须签署一份同意书，允许此人担任您的代表。Community Health Plan of Washington 不支付您的代表的任何费用或付款。这是您的责任。

在上诉之前或上诉期间，您或您的代表可以要求获得上诉档案中所有文件，以及用于做出决定的准则或福利规定。这些文件将免费寄给您。除非我们有告诉您需要更多的时间，否则 Community Health Plan of Washington 将在 14 天内将我们的决定以书面形式发送给您。我们的审查时间不会超过 28 天。我们将对您的上诉保密。

如果您或您的服务提供者因健康风险而希望加快作出决定，请拨打 1-800-440-1561 要求快速审查被拒绝的服务（称为“加急”审查）。如果您的身体或精神健康有严重风险，或涉及精神健康药物授权，您可以要求快速审查。您可以采用口头或书面形式提出加急上诉。如果您以口头形式提出加急上诉，则不需要书面跟进。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。

如果您要求加急上诉，但 Community Health Plan of Washington 认为您的健康没有风险，我们将遵循常规上诉时限。我们将在您提出上诉请求后两天内向您发送一封信件，告知您决定和更改的原因。

Community Health Plan of Washington 申诉和上诉程序

如果需要更多的信息来处理您的上诉，并且延迟符合您的最佳利益，那么加急时限可以延长到 14 天。如果 Community Health Plan of Washington 延长时限，我们将在您提出上诉请求后两天内向您发函。我们将告诉您为什么需要延期。您也可以要求延期处理。

Community Health Plan of Washington 申诉和上诉程序

第 2 步 — 州立行政听证会：如何要求法律审查？

如果您不同意 Community Health Plan of Washington 的上诉决定，您可以要求举行州立行政听证会。您必须在完成 Community Health Plan of Washington 的上诉程序后才能举行听证会。您必须在支持拒绝服务的上诉决定通知函上所载日期起的 120 天内要求举行听证会。要求举行听证会时，您需要说明被拒绝的服务内容、被拒绝的时间以及被拒绝的原因。您的服务提供者不得代表您要求举行听证会。如果您的健康有风险，您可以要求作出快速决定。

第 2 步：申请州立行政听证会

联系行政听证会办公室 (OAH)

电话：1-800-583-8271

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

您可以咨询律师或让他人代表您出席听证会。如果您在寻找律师方面需要帮助，请向最近的法律服务办公室查询，或拨打 NW Justice CLEAR 热线 1-888-201-1014，或访问其网站 www.nwjustice.org。

如果您的健康有风险，您可以要求作出快速决定。法官将在收到请求后四天内做出决定。如果法官认为您的健康不存在风险，OAH 将在收到请求后四天内给您打电话并致函。您的听证会将改为标准时限。

第 3 步 — 独立审查：如何要求独立审查？

独立审查由一位不为 Community Health Plan of Washington 工作的医生或专家进行审查。如果您不同意州立行政听证会的决定，您可以在听证会决定之日起 21 天内要求进行独立审查，或者您可以直接进入第 4 步。请拨打 1-800-440-1561 寻求帮助。如果您的健康有风险，您可以要求作出快速决定。您希望我们查看的任何额外信息都必须在要求进行独立审查之日起 5 个工作日内提供给我们。如果您要求进行这种审查，您的个案将在 3 个工作日内送交独立审查组织 (IRO)。您无需为这次审查支付任何费用。Community Health Plan of Washington 会将决定通知您。

第 3 步：要求独立审查

联系 Community Health Plan of Washington

电话：1-800-440-1561

传真：206-613-8984

Community Health Plan of Washington 申诉和上诉程序

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

第 4 步 — Health Care Authority (HCA) 上诉委员会：如何再次要求法律审查？

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

第 4 步：要求 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：如果您收到医疗护理服务的账单，请拨打 1-800-440-1561。

获得第二医疗意见：您可以在任何时候获得关于医疗保健或病情的第二医疗意见。请拨打 1-800-440-1561 了解如何获得第二医疗意见。

21 岁以下的儿童：早期和定期检查、诊断和治疗 (EPSDT) 福利为 21 岁以下 Medicaid 承保的儿童提供全面的预防性医疗保健服务。MCO 必须提供受到联邦 Medicaid 计划承保，并且在治疗、纠正或减少所发现疾病方面具有医学必要性的任何额外医疗服务。当具有医学必要性的承保服务被拒绝时，您将有权提出上诉。对于 21 岁以下的儿童，规则破例 (ETR) 程序不适用。

非承保福利

规则破例：您或您的服务提供者可请求 Community Health Plan of Washington 批准不属于承保福利的服务。对成人而言，这称为规则破例 (ETR)。

Community Health Plan of Washington 申诉和上诉程序

- 您必须提出请求才能获得此类服务。
- 如要获得批准，您的服务提供者必须向我们提供相关文件，证明您的病情与大多数人不同。
- 没有其他价格更低的承保服务能满足您的需求。
- 该请求必须满足 Washington Administrative Code (WAC) 182-501-0160 的规定才能获得批准。

ETR 的决定为最终决定，不能就此提出上诉。

上诉：您可以请求上诉、州立行政听证会，然后是独立审查，以确保我们正确裁定该服务是否在承保范围内。您可以在您或您的服务提供者请求规则破例的同时提出上诉。

受限的福利：

限制扩展：您的服务提供者可能会要求 Community Health Plan of Washington 批准为您提供比您福利计划所允许的更多的服务。提供的服务可能在范围、数量、时间长度或提供频率方面更多更广。例如，成人物理治疗就诊次数超过福利允许的 12 次。这称为限制扩展 (LE)。必须满足 Washington Administrative Code (WAC) 182-501-0169 的规定才能获得批准：

- 您必须提出请求才能获得更多服务。
- 您的病情必须表现出因接受的服务而获得了改善。
- 您的病情必须表现出如果接受更多服务，病情很可能会继续改善，并且如果不继续接受服务，病情很可能会恶化。

您可以在您的服务提供者请求限制扩展的同时提出上诉。

某些服务的经费受可用资金限制：如果您接受的服务由 Medicaid 支付，您有权对停止或限制这些服务的决定提出上诉。有些服务仅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，即使我们同意您需要服务，也无法批准您接受服务。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。



反歧视通知

Community Health Plan of Washington 遵守适用的联邦民权法，不会因种族、肤色、原国籍、年龄、残障或性别而歧视他人。Community Health Plan of Washington 不会因种族、肤色、原国籍、年龄、残障或性别将人拒之门外或给予他们差别待遇。

根据华盛顿州的法律，人们有权不因种族、信仰、肤色、原国籍、性别、光荣退伍的退伍军人或军人身份、性取向或任何感官、身心残障或使用经过训练的导盲犬或服务型动物而受到歧视。

Community Health Plan of Washington:

- 向残障人士提供免费协助和服务，帮助他们与我们进行有效沟通，比如：
 - 合格的手语翻译员
 - 其他格式（大字印刷、音频、可访问的电子格式、其他格式）的书面信息
- 向母语并非英语的人士提供免费语言服务，比如：
 - 合格的翻译员
 - 用其他语言书写的信息

如果您需要这些服务，请联系上诉和申诉部

如果您认为 Community Health Plan of Washington 因种族、肤色、原国籍、年龄、残疾或性别而未能提供这些服务或在其他方面存在歧视行为，您可向以下机构提出申诉：上诉和申诉部，邮寄至 1111 3rd Avenue, Suite 400, Seattle WA 98101，电话：1-800-440-1561（听障转接专线：711），周一至周五上午 8 点至下午 5 点，传真：206-613-8984，或通过电子邮件联系 appealsgrievances@chpw.org。您可以亲自或以邮件、传真或电子邮件形式提出申诉。如果您在提出申诉时需要帮助，上诉和申诉部可以给予您帮助。您还可以通过美国卫生与公众服务部民权办公室的入口网站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，以电子方式向民权办公室提出民权投诉，或通过寄送邮件或致电提出投诉：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697（语障专线）。

投诉表格可在 <http://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557/translated-resources> 取得。

如果您需要便利安排，或需要其他格式或语言的文件，请致电 1-800-440-1561（听障专线：711），时间为周一至周五，上午 8 点至下午 5 点。