

全健保 (Clever Care) 會員申訴與申覆申請表—Part C (醫療福利部分)

本表用於正式提出有關您所接受之醫療照護或服務任何事項的申訴或申覆。依法律規定福全健保 (Clever Care Health Plan) 必須回應您的申訴或申覆。我們設有完整且明確的處理程序，以協助解決相關問題。如有任何疑問，請致電：1-833-283-9888。若您有聽力或語言障礙，請撥打 TTY/TDD: 711。

請以正楷填寫或以打字方式填寫以下資訊：

會員姓名:	會員 ID 編號:
地址:	城市、州、郵遞區號:
電話號碼:	電子郵件地址 (選填):

授權代表: 若申訴或申覆由會員本人以外之人士提出，請參閱「誰可提出申訴或申覆」之相關說明，並提供以下資訊：

姓名:	電話號碼:
與會員的關係:	
地址:	城市、州、郵遞區號:
<input type="checkbox"/> 授權 / <input type="checkbox"/> 理賠編號:	事件日期:

請說明申訴事項的具體內容，並提供相關日期、時間、涉及人員及地點等詳細資訊。

申訴須於事件發生後 60 天內提出；申覆須於收到拒絕通知後 65 天內提出。請附上與您的申訴或申覆相關之補充資料影本，以利審理。

會員姓名:	簽名:
申請人姓名:	簽名:

您或您的授權代表應將已簽名之書面申訴或申覆申請，以郵寄或傳真方式送至以下地址：

Clever Care Health Plan
Attn: Appeals & Grievances Department
7711 Center Ave Ste 100
Huntington Beach, CA 92647

傳真: (657) 276-4715

如需申請加速審理之申覆或申訴，請致電 1-833-283-9888 與我們聯繫。

誰可以提出申覆或申訴？

您本人或您指定代為辦理的人（授權代表）皆可提出申覆。您可以指定親屬、朋友、律師、醫師或其他人士作為您的代表。

若您想了解如何指定授權代表，請致電 1-833-808-8153（國語）或 1-833-808-8161（粵語）與我們聯繫。TTY 使用者請撥打 711。

若您想要他人代表您行事，您與您的授權代表應在本表格第一頁簽名、標註日期後寄交給我們，其將作為指定該人士代表您行事的聲明。

關於您申覆權利的重要資訊

您有兩種方式向福全健保申覆

標準申覆 (Standard Appeal) — 在收到您書面提出的申覆後，我們將於 30 天內提供書面決定。若您要求延長期限，或我們需要更多與您個案相關的資料，處理時間可能會延長。我們將通知您是否需要額外時間，並說明延長原因。若您的申覆為已接受之醫療服務／項目的費用給付申請，我們將於 60 天內提供書面決定。若您的申覆涉及 B 部分 (Part B) 藥品，我們將於 7 天內提供書面決定。

加速申覆 (Fast Appeal) — 在收到您以書面或口頭提出的申覆後，我們將於 72 小時內作出決定。若您或您的醫師認為等待最長 30 天的決定時間可能會對您的健康造成嚴重影響，您可申請加速申覆。若您是要求我們給付您已接受之醫療服務／項目的費用，則無法申請加速申覆。

若您的醫師代為提出加速申覆，或醫師支持您的加速申覆申請，我們將自動為您辦理加速申覆。若您自行申請加速申覆且未獲醫師支持，我們將評估您的申請是否符合加速審理條件。若未核准加速申覆，我們將於 30 天內作出決定。

接下來會發生什麼？

若您提出申覆，而我們仍維持對該醫療服務／項目的拒絕決定，我們將自動把您的個案送交獨立審查機構進行審核。若獨立審查機構仍駁回您的申請，書面決定中將說明您是否享有進一步申覆的權利。

關於您申訴 (投訴) 權利的重要資訊

通常，致電會員服務中心是處理問題的第一步。若您還需要採取其他步驟，會員服務人員會告知您。您可撥打 1-833-808-8153 (國語) 或 1-833-808-8161 (粵語) (TTY: 711)。服務時間如下：10月1日至3月31日：每週七天，上午8時至晚間8時。4月1日至9月30日：週一至週五，上午8時至晚間8時。

若您不希望以電話方式處理 (或已致電但對結果不滿意)，您可將申訴事項以書面方式寄送給我們。若您以書面提出申訴，我們將以書面方式回覆您。

標準申訴 - 大多數申訴將於我們收到您的申訴後 30 個日曆天內完成回覆。若您要求延長期限，或我們需要更多與您個案相關的資料，處理時間可能會延長。我們將通知您是否需要額外時間，並說明延長原因。

快速申訴 - 若您提出申訴的原因是我們拒絕您的「加速給付決定」或「加速申覆」申請，或是我們對給付決定或申覆案件延長審理期限，我們將自動為您辦理「加速申訴」。若屬於「加速申訴」，我們將於 24 小時內提供回覆。

取得協助及更多資訊

- 福全健保會員服務部免付費電話：1-833-808-8153 (國語) 或 1-833-808-8161 (粵語)。TTY 使用者請撥打：711。
- 服務時間為：10月1日至3月31日：每週七天，上午8時至晚間8時。4月1日至9月30日：週一至週五，上午8時至晚間8時。於假日或非營業時間收到的訊息，我們將於下一個工作日內回覆。
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，全天 24 小時、每週 7 天提供服務。TTY 使用者請撥打：1-877-486-2048。
- 聯邦醫療保險權利中心 (Medicare Rights Center)：1-888-466-9050。
- 長者照護資訊專線 (Elder Care Locator)：1-800-677-1116 或請至 www.eldercare.acl.gov 查詢您社區中的相關協助資源。
- 健康保險諮詢與倡議計畫 (HICAP) — 加州州立健康保險協助計劃：1-800-434-0222。TTY 使用者請撥打：711。