

您的權利 牙科管理照護

如果您不同意關於您的牙科治療的決定，您可以提出上訴。請向您的牙科計劃提交上訴。

如何提交上訴

您可以自發出「審議結果通知書」(Notice of Action)之日起 **60 天**內提出上訴。如果您正在接受治療，並希望繼續接受治療，您必須提出上訴：自此信件郵戳日期或交付給您的日期起 **10 天**內提出；或者在您的牙科計劃表示服務停止日之前提出。您必須在提交上訴時說明您想繼續接受治療。

您可以撥打電話或透過書面或電子方式提出上訴：

- 電話：請在星期一至星期五上午 8 時至下午 5 時致電 1-888-703-6999 與 LIBERTY Dental Plan 聯絡。如果您有聽或說的困難，請致電 1-800-735-2929。
- 書面方式：填寫上訴表或寫信並發送至：

LIBERTY Dental Plan of California
340 Commerce, Suite 100
Irvine, CA 92602

您的牙醫辦公室備有上訴表格。您的牙科計劃也可以發送表格給您。

- 電子方式：造訪您的保健計劃網站。訪問 www.libertydentalplan.com

您可以自己提出上訴。您可以由一位親戚、朋友、倡導者、牙醫、醫生或律師為您提出上訴。您可以發送任何您想要牙科計劃審查的資料。沒有做出第一項決定的另一位牙醫會審核您的上訴。

您的牙科計劃可以在 **30 天**內給您答案。屆時您會收到一封「上訴決議通知書」。這封信會告訴您該牙科計劃所做的決定。如果您在 **30 天**內沒有收到信件，您可以：

- 要求「**獨立醫療審查**」(IMR)，由一位與牙科計劃無關的外部審查員審查您的個案。
- 請求召開「**州聽證會**」，由一位法官審理您的個案。

請閱讀以下部分的說明，了解如何要求獨立醫療審查或州聽證會。

加速上訴

如果您有疼痛或者認為等待 30 天會傷害您的健康或牙齒狀況，您也許可以在 72 小時內得到答案。在您提出上訴時，說明為什麼等待會傷害您的健康或牙齒狀況。請確保您要求「加速上訴」。

如果您不同意上訴的決定

如果您提出上訴後收到「上訴決議通知書」，告訴您牙科計劃仍然不提供這些服務，或者您從未收到告訴您有關決定的信件，而且已經過了 30 天，您可以：

- 要求「獨立醫療審查」（IMR），由一位與該牙科計劃無關的外部審查員審查您的個案。
- 請求召開「州聽證會」，由一位法官審理您的個案。

您可以同時要求進行獨立醫療審查和州聽證會。您也可以先要求兩者之一，看看它是否首先解決您的問題。例如，如果您先請求獨立醫療審查，但對結果不滿意，您仍然可以請求召開州聽證會。但是，如果您先請求州聽證，而且聽證會已經舉行，則不能再請求獨立醫療審查。在這種情況下，州聽證會有最終的發言權。

您不需要為獨立醫療審查或州聽證支付任何費用。

獨立醫療審查（IMR）

如果您想進行獨立醫療審查，必須先向您的牙科計劃提出上訴。如果您在 30 天內沒有從牙科計劃收到訊息，或者您不滿意牙科計劃的決定，您可以要求獨立醫療審查。您必須在「上訴決議通知書」所示日期起 **180 天**內請求獨立醫療審查。

您可以立即獲得獨立醫療審查，而不必首先提出上訴。這適用於您的健康或牙齒功能處於即時危險的情況。以下段落將為您提供如何申請獨立醫療審查的訊息。

加州管理式醫療保健部（部門）負責規管牙科管理式保健計劃。如果您收到「不利福利認定通知書」，您應該先致電您的牙科計劃，號碼 1-888-703-6999，透過該牙科計劃的上訴程序提出上訴之後再與該部門聯絡。使用牙科計劃的上訴程序不會禁止您的任何潛在法律權利或可採取的補救措施。若您需要協助處理涉及緊急情況的上訴、牙科計劃未能圓滿解決的上訴，或超過 30 天仍未解決的上訴，您可以致電該部門尋求協助。您亦可能符合申

請獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合 IMR 的資格，IMR 程序將公正審查牙科計劃對提議之服務或治療的醫療必要性所做的決定，以及有關緊急或急診醫療服務的付費爭議。該部門亦提供免費電話 (1-888-HMO-2219) 和聽障和語障者的 TDD 專線 (1-877-688-9891) 服務。該部門的網站 (<http://www.hmohelp.ca.gov>) 有投訴表格、IMR 申請表和線上說明。

州聽證會

如果您想召開州聽證會，必須在「上訴決議通知書」所示日期起 **120 天**內提出請求。您可以透過電話或以書面方式請求召開州聽證會：

- **電話**：請撥打 **1-800-952-5253**。這個電話號碼可能會很忙。您可能會聽到請您稍後再撥打的訊息。聽語障人士請撥打 **TTY/TDD 1-800-952-8349**。
- **書面方式**：填寫州聽證申請表或寄信至以下地址：

**California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430**

您可以透過傳真發送州聽證申請表或信件：(916) 651-5210 或 (916) 651-2789。

請確保包括您的姓名、地址、電話號碼、您的「上訴決議通知書」（也稱為 **NAR**）的日期，以及您想要州聽證的原因。如果有人幫助您請求召開州聽證會，請將其姓名、地址和電話號碼包括在表格或信件中。如果您需要口譯員，請告訴我們您說的語言。您毋須支付口譯員的費用。我們會提供給您。

在您提出州聽證會請求後，可能需要長達 **90 天**的時間來決定您的個案並給您答案。如果您認為等待這麼久會傷害您的健康或牙齒功能，您也許會在 **3 個**工作日內得到答案。請求您的牙醫或牙科計劃為您寫信。該信函必須詳細說明等待長達 **90 天**來決定您的個案將如何嚴重損害您的健康或牙齒功能。同時，確保您要求「**快速聽證**」，並在請求聽證會時一併提交該信函。

您可以在州聽證會中自己發言。您可以由一位親戚、朋友、倡導者、牙醫、醫生或律師代您發言。如果您想另一個人代您說話，必須告訴州聽證會該人士可以代您發言。這個人被稱為「**授權代表**」。

法律援助

您可能可以獲得免費法律援助。請致電下列機構:

機構名稱	電話	服務郡縣
Legal Services of Northern California	888) 354-4474	Alpine、Amador、Butt、 Calaveras、Colusa、El Dorado 、Glenn、Inyo、Mono、Nevada 、Placer、Plumas、Sacramento 、San Joaquin、Sierra、Sutter 、Tehama、Yuba
Greater Bakersfield Legal Assistance, Inc.	(888) 292-4252	Kern
Central California Legal Services, Inc.	(559) 570-1200	Fresno、Kings、Madera、 Mariposa、Stanislaus、Tulare、 Tuolumne
California Rural Legal Assistance, Inc.	(760) 353-0220	Imperial
Legal Aid Foundation of Los Angeles	(800) 399-4529	Los Angeles
Legal Aid Society of San Diego	(877) 534-2524	San Diego

您可能還可致電 1-888-804-3536 與您所在郡縣的當地法律援助協會聯絡。