

如何要求提出申诉

如果您的协作保健组织 (CCO)、牙科计划或心理健康计划拒绝您认为应该获承保的服务，您可以要求提出申诉。方法：

- 填写此表格的第 3 页和第 4 页。将文件交还至您的 CCO 或计划，或
- 通过电话、信函或传真联系您的 CCO 或计划。如果您要求通过电话进行申诉，而且不需要加速申诉，您必须以书面形式提出申请。

如果您需要帮助，请向您的 CCO 或计划的客户服务部寻求帮助。

截止日期

您的 CCO 或计划必须在 *行动通知*（您收到的有关拒绝决定的信函）第一页上所示日期后 60 天内收到您的申请。

如果您在此截止日期后提出申请，您必须表明延迟申请的充分理由。

如果我要求提出申诉，将发生什么情况？

您的 CCO 或计划的一名护士或医生将审核申请的服务以及您的申诉申请中的所有信息。

- 此审核将帮助他们决定拒绝决定是否应该更改。
- 您有权在他们决定之前查看此审核的所有信息（联系您的 CCO 或计划的客户服务部询问这方面的情况）。
- 您和您的医生也可以亲自或以书面形式给您的 CCO 或计划提供更多信息，从而帮助他们做出决定。

在您提出申请后的 16 天内，您的 CCO 或计划将向您发送一份 *申诉决议通知*，向您告知他们的决定。

如果服务仍然遭拒，该怎么办？

如果在提出申诉后，CCO 或计划没有更改其拒绝决定，您可以要求俄勒冈州卫生局举行听证会。

如何要求举行听证会

如果您提出过申诉，且不同意 CCO 或计划的申诉决定，您可以要求俄勒冈州卫生局举行听证会。方法：

- 填写此表格的第 3 页和第 4 页。将表格交回给俄勒冈州卫生局或俄勒冈州公众服务部办公室；或
- 填写在线表格：bit.ly/ohp-hearing-form；或
- 填写并提交行政听证会申请表 (MSC 443)。要取得此表格以及表格填写方面的帮助，请前往俄勒冈州公众服务部办公室或致电 800-273-0557（听障专线 711）。

您还可以登录网站 OHP.Oregon.gov（点击“表格”）找到此表格。

截止日期

俄勒冈州卫生局必须在 *申诉决议通知*（您收到的有关申诉的信函）所示日期后 120 天内收到您的申请。

如果您在此截止日期后提出申请，您必须表明延迟申请的充分理由。

如果我要求举行听证会，将发生什么情况？

在举行听证会之前，俄勒冈州卫生局工作人员会打电话给您，要求您提供更多信息，并回答您的问题。

在听证会上，您可以说明您为何对此决定有异议。大多数听证会通过电话进行。下列人员也将参加听证会：

- 俄勒冈州卫生局听证会代表
- 来自您的 CCO 或计划之人员
- 您的代表或协助人员（如有）
- 行政法法官
- 您邀请的任何证人

在听证会之后，法官会审查听证会上呈递的信息并做出决定。您将在 30 天内收到拟议和最终裁定（法官的决定）。

听证会将遵循行政程序法，俄勒冈州修订法规 (ORS) 第 183 章，以及俄勒冈州行政规则 137-003-0501 至 0700、410-120-1860、410-141-3900。

在您要求提出申诉或举行听证会之前需要了解的内容

除申请申诉或听证会之外，您还可以随时采取两项措施。采取这些措施不会给您更多时间去申请申诉或听证会，所以您需要立即行动：

1. 询问您的医生有关治疗您的病情的其他方法。
2. 您可以要求获取用于做出此决定的信息。请拨打 **CCO** 或计划的客户服务电话，了解详情。

继续服务

如果您在 **CCO** 或计划拒绝服务之前获得过该服务，您可以要求在等待申诉或听证会期间继续获得服务。为此，您必须：

- 在此表格第 4 页上问题 8 勾选“是”；及
- 在下列日期之前要求提出申诉：行动通知所示“通知日期”之后 10 天或“生效日期”（如果通知列出了“生效日期”）（以较晚者为准）；及
- 在下列日期之前要求举行听证会：申诉决议通知所示“通知日期”之后 10 天或“生效日期”（如果通知列出了“生效日期”）（以较晚者为准）。

如果申诉或听证会未改变决定，您可能必须为您在行动通知或申诉决议通知上所示“生效日期”或之后接受的服务付费。

如果您希望在您的申诉或听证会上得到帮助：

您可以在申诉或听证会上得到朋友、家人、维权者、医生或律师的帮助。**CCO** 或计划决定谁将处理您的申诉。如果您需要律师，您可以拨打下列电话获取帮助：

- 公共福利热线 **800-520-5292 (TTY 711)**（获取建议或可能的代表）。由俄勒冈州法律援助服务和俄勒冈州法律中心提供的热线。
- 俄勒冈州律师协会 **800-452-8260**（了解免费或低廉的法律服务）。

如果您希望有人在听证会上代表您，请在此表格或 **MSC 443** 表格上将他们的联系信息提供给我们，或告知俄勒冈州卫生局听证会代表。

如果您的申请延迟或取消，您不要求举行听证会，或您无法参加您的听证会：

您可能失去您就决定进行申诉或举行听证会的权利。如果发生这种情况，**CCO** 或计划做出的最新决定通知将为最终决定（或“默认为最终裁定”）。裁定将在通知日期后 120 天生效。您不会就此决定得到其他通知。最终裁定的记录将为用于做出决定的案件文档以及您之后提供的相关任何材料。

如果您取消了听证会申请或错过了听证会，您将收到驳回法令。您依然可在俄勒冈州申诉法庭提交请愿书，依据 **ORS 183.482** 对此驳回提起申诉。您必须在驳回法令日期后 60 天内提起申诉。驳回法令会告知您申诉截止日期。

军人须知：联邦《现役军人民事救助法案》赋予了现役军人延迟这些程序的权利。欲了解更多信息，您可以致电 **800-452-8260** 联系俄勒冈州律师协会，致电 **503-584-3571** 联系俄勒冈州军事部，或者登录网站 <http://legalassistance.law.af.mil> [联系武装部队法律援助办公室](#)。

如果您提出申诉或举行听证会，服务仍然遭拒

您可选择自行付费。询问您的提供商这方面的情况。然后，您和您的提供商必须签署付款协议，以表明您明白您必须为未承保的服务付费。

Agency Use Only		
Program	Branch	Case Number

要求审核医疗保健决定

填写此表格的第 3 页和第 4 页或填写在线表格：bit.ly/ohp-hearing-form。

将申诉申请寄送至：

您的 CCO 或计划
(按照您的 CCO 或计划的行动通知
上所示的地址)

将听证会申请寄送至：

OHA - 医疗听证会
500 Summer St NE E49
Salem, OR 97301-1077 传真：503-945-6035

申请类型 —— 仅勾选以下各项的其中一项 (有关详细信息, 请参见第 1 页) :

CCO 或计划的成员**必须**在提出申诉之后, 才能请求俄勒冈州卫生局举行听证会。要求上诉或举行听证会**将不会**影响您的俄勒冈州健康计划资格。这是您自己的选择。

申诉申请: 请求 CCO 或计划审核其拒绝决定。

附上您的 CCO 或计划之“行动通知” (决定通知) 之副本。

听证会申请 请求俄勒冈州卫生局审核 CCO 或计划的拒绝和申诉决定。

附上您的 CCO 或计划之“申诉决议通知” (申诉决定) 副本。

告知我们收到服务拒绝的成员之情况:

1. 成员姓名: _____ 客户 ID 号码: _____

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

电话号码: _____ 出生日期: _____

社会安全号* (可选): _____

所讲的语言: 英语 西班牙语 俄语 越南语

其他: _____

您是否需要其他格式的书面材料? 是 否

如果是, 请具体说明:

***法律允许俄勒冈州卫生局要求获取您的社会安全号 (SSN)。您可以在 42 USC 1320b-7(a) 和 (b)、7 USC 2011-2036、42 CFR 436.920 和 42 CFR 457.340(b) 下方找到这些法律。您并非一定要提供 SSN。如果您提供了您的 SSN, 俄勒冈州卫生局会仅将其用于帮助找到您的文档和记录。**

2. 成员是否有相关人员为其申诉或听证会提供帮助? 例如: 朋友、家人、维权者、医生或律师。

如果您现在没有人协助, 您可以在申诉或听证会之前随时添加代表:

否

有, 请提供姓名: _____

地址、城市、州、邮编: _____

电话号码: _____

是谁填写这个表格？告诉我们填写人是谁（如果与成员不是同一人）：

3. 姓名： _____ 电话号码： _____

4. 与成员关系： _____

告诉我们申请情况：

5. 遭拒的是什么服务？ 在此列出。

6. 成员是否以书面形式得到决定通知？ 勾选一项：

是。通知日期： _____

否

7. 成员是否在服务遭拒之前获得过服务？

是

否

8. 成员是否在服务遭拒之前接受过服务并希望在申诉或听证会流程期间继续接受服务？

是（勾选此框前请阅读此表格第 2 页的“继续服务”部分）

否

不适用：成员在服务遭拒之前未获得过服务。

9. 成员是否因为等待可能导致成员生命、健康或功能能力面临危险而需要加速申诉或听证会的举行？

否

是。请解释等待如何会对成员造成危害。

10. 告诉我们 CCO 或计划应该为此服务承保的原因。您也可以发送文件和医疗记录，告诉我们原因。

成员签名（申诉申请需要）

成员或成员的法定代表签名

日期