

如何就醫療保險決定提出上訴：

華盛頓州消費者指南

2011 年 8 月
4.0 版

本指南使用平價照護法案 (Affordable Care Act) 提供的資金出版，
由美國健康與人類服務部 (US Department of Health and Human Services) 管理

目錄

- 保險專員信函 3
- 簡介 4
- 何處著手 6

第一節：上訴資訊

第一步：確定您的計劃和狀況

- 1.1 確定您的保險承保範圍 7
- 1.2 確定您的問題屬於「服務前」還是「服務後」 8
- 1.3 您的問題是否緊急？ 9
- 1.4 意外帳單差錯或故意拒付？ 10
- 1.5 您的計劃包括哪些內容？ 12

第二步：瞭解您的醫療保險計劃受哪些法律管轄以及當您決定上訴時應該 怎麼做

- 2.1 不同的計劃受不同的法律管轄 14

2.2 表：您的計劃遵循哪條法律？	15
2.3 哪裡查詢不受州或聯邦法律管轄的計劃之上訴程序資訊	16
2.4 在提出上訴之前您應做什麼	20
2.5 收集所有必要的文件	21

第三步：上訴程序—特許和非特許（「其他」）計劃

3.1 關於提出上訴的資訊	22
3.2 特許計劃上訴程序概覽	24
3.3 全面實施醫療改革後的上訴程序概覽	25

第四步：增加贏得上訴的機會

4.1 起草上訴的技巧	27
4.2 起草上訴時應避免的問題	29
4.3 所有類型醫療保險的最佳做法建議及提示摘要	31
4.4 寫好上訴信的提示	36
➤ 樣本範本和信函	39

第二節：上訴途徑和附加資源

- 通訊記錄
- 您的「重要資料」工作表
- 關於華盛頓州法律的常見問題
- 常用詞彙表

本指南提供的資訊旨在作為提供給公眾的一般摘要資訊，並不能取代成文法律或法規。

如何提出醫療上訴



[前往目錄](#)

來自保險專員的信

親愛的華盛頓州居民：

聯邦醫療改革幾乎影響到本州的每個人。患者保護與可負擔醫療法案 (Patient Protection and Affordable Care Act) 將改變醫療服務的購買和提供方式。

作為保險專員，我的職責之一是支持華盛頓消費者，並幫您獲得做出保險決定所需的資訊。

本指南旨在幫您瞭解根據現行法律您享有的上訴權利，確定您根據可負擔醫療法案獲得哪些新權利，並瞭解向何處獲取更多資訊。

如果您有關於本指南或保險事宜的任何問題，請撥我們免費的保險消費者熱線電話 1-800-562-6900，或是發電子郵件給我到：AskMike@oic.wa.gov。

我們很樂意幫助您。

謹此，

Mike Kreidler

華盛頓州保險專員

[< 上一頁](#) | [下一頁 >](#)

2011 年 8 月 15 日更新

告訴朋友

[返回目錄](#)

簡介

本指南向您提供如何對您的醫療計劃做出的決定提出上訴的資訊。

具體而言，它提供：

- 對於整個程序預期情況的資訊。
- 如何提高贏得上訴的機率的提示。
- 上訴程序如何隨著醫療改革演進的資訊。
- 本指南中未包括的其他資訊資源。

本指南幫您瞭解您在遭到醫療計劃拒絕時有哪些選擇，並會針對您的上訴推薦最佳做法。

欲提出實際上訴，您或您的授權代表必須遵循您的醫療計劃制定的程序。

患者保護與可負擔醫療法案及不追溯條款

常被稱為「醫療改革」的患者保護與可負擔醫療法案 (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA 或 ACA) 通過之後，在 2010 年 3 月 23 日賦予某些計劃的消費者新的上訴權。

以下兩種計劃應當遵守新法律：

- 法律簽署之後才存在的計劃；或是
- 法律簽署之前即已存在的計劃，但曾做出某些變更而導致消費者福利減少、費用升高或兩者皆然。*

2010 年 3 月 23 日之前存在而且沒有顯著變更消費者福利或支付費用的計劃，無須遵守新法律。這些計劃被稱為[不追溯條款](#)。

由於這種差別，就醫療決定提出上訴者務必知道自己的計劃是否為不追溯條款，還是被視為「[其他](#)」種類的計劃。（詳見[步驟 3.1](#)的說明）。

根據法律，承保人必須書面通知計劃參加者他們是否有不追溯的資格。這些通知極有可能在每個計劃年度開始時寄出的福利小冊中列出。

* [「保持您現有的醫療保險計劃：可負擔醫療法案和「不追溯」醫療計劃」](#) (Keeping the Health Plan You Have: The Affordable Act and “Grandfathered” Health Plans)

從何開始

上訴一般由三個相同的階段組成：

階段 1—> 拒絕服務、付款或承保請求

階段 2—> 向您的醫療保險計劃或保險公司提出內部上訴

階段 3—> 向獨立審查者提出外部上訴（如適用）

根據您的具體情況，您可能想閱讀整個指南，也可能想閱讀某個部份。如果您選擇閱讀某個部份，目錄會協助您瀏覽指南內各部份的內容。

如果您在任何時候需要幫助瞭解本指南的內容，或是您有指南無法解答的問題，請致電我們的保險消費者熱線電話 1-800-562-6900。我們的保護消費者部目前被美國健康與人類服務部指定為在華盛頓州的官方調查機構，為有醫療上訴的問題或投訴的消費者服務。

最佳做法建議

如有疑問，請您的醫療保險計劃重新評估拒賠決定

您的醫療保險計劃不得以您要求它重新考慮拒賠決定為由，終止您的保險或提高保費。

您可以請求上訴—這是您的權利。

過去三年中（2008-2010），向獨立審查組織提出上訴的全額承保醫療保險計劃持有者中，有 22% 贏得上訴。

（來源：華盛頓州衛生局，2011 年）

第一節：上訴資訊

第一步：確定您的計劃和狀況

1.1 確定您的保險承保範圍

查詢誰為您承保	→ 保險計劃類別
您或您的家庭是否參加您僱主為員工提供的計劃，還是您經由一個協會購買的計劃？	若是，您參加的則是團體計劃
您的保險是否由某個政府計劃提供？ 例如：聯邦醫療保險（Medicare）、基本醫療保險（Basic Health）、兒童蘋果醫療保險計劃（Apple Health for Kids）或其他州政府或聯邦政府贊助的計劃？	若是，您參加的則是政府贊助的計劃
您的保單是否是您或您的家人直接從保險公司購買的？	若是，您參加的則是個人計劃

如果您擁有下列保險之一，您需要與提供者聯絡瞭解您有何種上訴程序，因為依照華盛頓州法律*此等保險不被視為醫療保險計劃。

<ul style="list-style-type: none">▪ 長期護理保險▪ 「聯邦醫療保險」差額保險▪ 有限醫療護理服務▪ 殘障收入保險▪ 汽車保險或房屋保險承保的人身傷害索賠▪ 工傷賠償保險	<ul style="list-style-type: none">▪ 事故保險▪ 定額賠償或小額醫療保險▪ 危疾保險（如：癌症等重病保險）▪ 牙齒或視力保險▪ 短期有限保險（如：學生保險）
---	---

* RCW 48.43.005(19)(a-1)。

1.2 確定您的問題屬於「服務前」還是「服務後」

您的醫療保險計劃拒絕您有可能出於下列一種情況：

- 它拒絕向您的醫療提供者支付全部或部份您已經獲得的醫護服務，這稱之為「服務後」的決定，或者
- 它拒絕批准您正在接受的治療，或者您醫療提供者建議的治療，這稱之為「服務前」的決定。
 - 如果您有服務前的問題，而且屬於緊急醫療情況，您或許有資格在較短的時間內獲得上訴回覆。欲瞭解詳情，請參閱第 1.3 步。

如果您有另一種問題（例如資格問題），請致電 1-800-562-6900 與我們聯絡，瞭解您是否有資格上訴。

1.3 您的問題是否緊急？

如果您的情況緊急，您的醫療保險計劃將比不緊急的問題更快裁決您的上訴。這稱為**加速上訴**。

您可在以下情況提出加速上訴：

- 正在接受治療或是已開處方的治療；並且
- 有「緊急」情況。緊急意指醫療提供者認為延遲治療可能嚴重危害您的生命或整體健康，影響您恢復最高功能的能力，或是使您遭受嚴重和難以忍受的疼痛。

-或者-

- 在入院、獲得照護、繼續住院或接受緊急醫療服務方面發生問題，而且尚未出院。

您不可在以下情況提出加速上訴：

- 已經得到治療，而且正就索賠遭拒提出異議，或者
- 您的情況不緊急。

誰決定您的情況是否緊急？

知道您的醫學狀況的醫療提供者或您保險公司的醫務主任。*

如何提出緊急上訴？

您或是您的授權代表可以口頭方式向您的醫療保險計劃提出加速上訴。

從 2012 年 1 月 1 日起，您的醫療保險計劃（需屬非特許計劃）必須儘快答覆，最好在 24 小時以內，但不得超過 72 小時。它們可以口頭答覆，但必須在口頭決定後的 72 小時發出書面決定。您甚至可選擇在您的醫療保險計劃內部審查完成之前，請求由獲得認證的獨立審查機構進行審查。**

如果您需要提出緊急上訴，我們建議您、您的授權代表或您的醫療提供者立即致電您的醫療保險計劃。

*RCW 48.43.530(5)(c)

**WAC 284-43-540

1.4 偶然的帳單錯誤或故意拒付？

如果您的索賠被拒，先排除帳單出錯的可能性。再仔細閱讀您醫療保險計劃寄給您的資料，很可能是您的保險範圍說明 (Explanation of Benefits - EOB) 文件，並確認：

- 您 (或您受保的家人) 去過醫療提供者處就診
- 所列的團體 (您、服務提供者及醫療保險計劃) 正確
- 您的醫療提供者向您的醫療保險計劃開據的帳單正確：
 - 收費
 - 服務日期
 - 現行的醫療編碼以及按序列出您接受的服務

如果上述任何內容有誤，或者您對某些編碼存有疑問，您可致電給醫生診所詢問。

如果他們告訴您說帳單沒有任何錯誤，而且您認為保險公司應該支付醫療帳單，我們建議您繼續閱讀本指南。您亦可致電我們的保險消費者熱線電話 1-800-562-6900，我們將幫助您決定是否需要向本處提出投訴，或向您的醫療保險計劃提出上訴，或者兩者均做。

建議的最佳做法

保存詳細的記錄

在您與任何人聯絡之前，建立一個日誌，記錄下列情況：

- 您聯絡的類別（電話、電郵、面談、書信等等）
- 日期
- 與誰聯絡
- 談話內容

請查看第二節內的通訊日誌，看看示例如何逐一記錄您的聯絡通訊。

保存詳細的記錄是因為保險公司往往會承認他們所犯的錯誤。

例如，如果您收到保險公司服務代表給您的錯誤資訊，保險公司將確認是否給過您該資訊而且他們一般會做出對您有利的糾錯決定，但僅限之前的拒付。只要他們給您的資訊正確的，他們不會在今後做出同樣的決定。

建議的最佳做法

帳單差錯

如果您認為帳單出現錯誤，請向您醫生的診所瞭解（或上網查詢）《現行程序術語編碼》（Current Procedural Technology, CPT）的詳細內容或治療編碼的具體說明。

有時，治療編碼成為據理反駁的原因。現行程序術語編碼是醫護提供者向保險公司發送索賠資訊的一種速記方法。一般而言，醫療保險計劃和例外條款均不使用現行程序術語編碼或如何運用編碼。它們只列出具體的治療。

如果您認為編碼沒有公平地標明您所接受的治療，您可要求您的醫生把您的病歷卡寄給保險公司。您的醫療保險計劃可參考病歷卡決定您得到的治療是否屬於承保範圍，並調整原索賠的決定。

1.5 您的計劃包括哪些內容？

您的醫療保險單應解釋下列內容（或說明這些內容的出處）：

- 您的醫療護理承保範圍以及您使用某一福利是否有次數限制（例如有些計劃規定一個人一年只能最多看 10 次脊椎推拿醫師）
- 關於共付額，即您和保險公司共同承擔的費用的具體說明（例如：您必須每次看醫生時支付 20 元共付額）
- 若有自付額，您必須先支付您的醫療護理費用，然後醫療保險計劃才開始支付您接受的服務費用
- 關於保單的不保事項或限制
- 保單如何界定醫學上必要的和實驗性治療
- 您需要事先徵得您醫療保險計劃承保同意，以及如何獲得批准
- 如何上訴您醫療保險計劃的決定
- 您可以選擇哪些醫護提供者

在您決定提出上訴前，請閱讀：

- 您保險計劃的福利小冊子中規定您可享受的承保範圍
- 您醫療保險計劃不包括的內容。您可查看保單的不保事項和限制的部份（有些計劃需要您直接與您的醫療保險計劃聯絡以獲取此資訊）

最佳做法推薦

關於您的承保範圍

確保您有一份最新的醫療保險計劃承保範圍小冊子，它應包括您計劃的不保事項和限制。

下一步：

瞭解您的醫療保險計劃受哪些法律管轄以及當您決定上訴時應該怎麼做。

第二步：瞭解您的醫療保險計劃受哪些法律管轄以及當您決定上訴時應該怎麼做

2.1 不同的計劃受不同的法律管轄

在第一步，您確定了您擁有什麼樣的醫療保險計劃。現在，我們將確定您的計劃受哪些法律管轄，這樣會確定您上訴的程序。

您計劃的上訴程序受下列法律管轄：

- 聯邦法律（如：ERISA、COBRA 和 HIPAA*）；及或
- 華盛頓州法律（RCWs 和 WACs）；或
- 兩者不制約 – 由於您的計劃不受上述聯邦或州法律的約束，它可建立自己的上訴程序。

* 欲瞭解定義，請參閱《常用詞彙表》第二節。

2.2 表將幫助您瞭解您保險計劃的上訴程序應遵循哪些法律。

2.2 表：您的計劃遵守哪些法律？

請使用下表查詢您的計劃受哪些法律管轄。如果您計劃的「x」出現在第一或第二欄中，而且它不屬於非特許，您的計劃則受平價照護法案管轄。

保險種類	受誰管轄：		
	華盛頓州法律	聯邦法律	計劃自定
個人計劃			
從保險公司購買的保單	x		
華盛頓州醫療保險統籌池 (WSHIP)			x
團體計劃 (工作中或從協會購買) *			
自籌基金 (Self-Funded)		x	
豁免的自籌基金或非退休收入保障法案 (ERISA)			x
全保保險 (Fully Insured)	x		
其他計劃包括政府贊助的			
基本醫療保險計劃 (Basic Health Plan/華盛頓州保健計劃 (Washington Health Plan))	x		
原有的聯邦醫療保險計劃 (A 部份和 B 部份) 和處方藥物計劃 (D 部份)			x
「聯邦醫療保險」優先計劃 (Medicare Advantage)			x
既存病例的保險計劃 (Pre-existing Condition Insurance Plan - PCIP)			x
兒童蘋果醫療保險計劃 (Apple Health for Kids)			x
州社會及健康服務署和州醫療補助保健服務 (Provider One)	x		
華盛頓州醫療保險計劃	x		
	受平價照護法案管轄 (ACA)		不受 ACA 管轄

*儘管您的福利小冊子或者您的醫療保險卡上可能告訴您所參加的是哪種團體計劃，我們仍建議您詢問您的人力資源部。他們可以為您提供最準確的資訊。

2.3 哪裡查詢不受州或聯邦法律管轄的計劃之上訴程序等資訊

- 聯邦醫療保險 (Medicare)
- 華盛頓州醫療保險統籌池 (WSHIP)
- 既存病例的保險計劃 (PCIP)
- 兒童蘋果醫療保險計劃 (Apple Health for Kids)
- 豁免的自籌基金保險 (如 : TRICARE 或統一醫療計劃 (Uniform Medical Plan))

聯邦醫療保險

計劃	哪裡查詢上訴程序資訊
原有的聯邦醫療保險	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在您的聯邦醫療保險概要通知的背面(Medicare Summary Notice) 2. 在聯邦醫療保險上訴和投訴(Medicare Appeals and Grievances)網頁 3. 在您的聯邦醫療保險權益和保護(Your Medicare Rights and Protections) 刊物第 3 節 4. 在 聯邦醫療保險和您(Medicare & You)的最新版本
「聯邦醫療保險」優勢計劃	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在您計劃的資料中 2. 致電給您的計劃 3. 在您的聯邦醫療保險權益和保護(Your Medicare Rights and Protections) 刊物第 4 節 4. 在「聯邦醫療保險」優勢計劃和費用計劃：「如何申訴 (投訴或上訴) (How to File a Complaint (Grievance or Appeal)」網站

	5. 在聯邦醫療保險和您(Medicare & You)的最新版本
「聯邦醫療保險」處方藥物計劃 (D 部份)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在您計劃的資料中 2. 致電給您的計劃 3. 在您的聯邦醫療保險權益和保護(Your Medicare Rights and Protections) 版物 第 5 節 4. 在聯邦醫療保險和您(Medicare & You)的最新版本

有些與聯邦醫療保險相關的問題實際上由美國社會安全管理局 (Social Security Administration - SSA) , 又稱社安局決定。社安局決定您：

- 聯邦醫療保險的資格和生效日期
- 延遲參加聯邦醫療保險的罰款
- 聯邦醫療保險的保費
- 「聯邦醫療保險」處方藥物計劃 (D 部份) 的額外協助資格

社安局還決定您是否有資格獲得殘障福利，包括：

- 社會安全殘障保險 (Social Security Disability Insurance - SSDI)
- 社會安全補充收入 (Supplemental Security Income - SSI)

您對社安局的決定有上訴的權利。欲瞭解詳情：

- 請前往您所在地區的社安局辦事處
- 電話：1-800-772-1213
- 網址：<http://www.ssa.gov/pubs/10041.html>

如果您已經嘗試過直接聯絡聯邦醫療保險或您的保險計劃，您可致電我們的保險消費者熱線電話：1-800-562-6900。

華盛頓州醫療保險統籌池 (WSHIP)

網站：<https://wship.org/Default.asp>，在左側導航欄的「承保範圍」(Benefits) 項下查找 WSHIP 的投訴和上訴資訊。

客戶服務：1-800-877-5187，週一至週五上午 8 點至下午 5 點 (太平洋時間)

既存病例的保險計劃 (PCIP)

WSHIP 監督 PCIP 的上訴程序

網站：請參閱 PCIP 的投訴和上訴政策 (PCIP Complaints & Appeals Policy)

客戶服務：1-877-505-0514

兒童蘋果醫療保險計劃

包括下列三個計劃：

- 華盛頓州兒童醫療保險計劃 (State Children's Health Insurance Program)
- 兒童保健計劃 (Children's Health Plan)
- 州兒童醫療補助

請致電 1-800-562-3022 或與您具體的計劃聯絡瞭解上訴的詳情。

豁免的自籌基金計劃

這裡包括幾種不同的醫療保險計劃。有些不受聯邦 ERISA 法的約束，例如 TRICARE。

擁有 TRICARE 的軍部人員應查閱：

- 網站：<http://www.tricare.mil/mybenefit/>，在網站頂端右側的搜索欄內輸入「Appeals」。
- 電話：致電 Tricare 網址 <http://www.tricare.mil/contacts/>所列的相關電話號碼。

其他不受 ERISA 約束但與所有州監管的計劃一樣具有受相同法律制約的上訴程序之計劃，例如統一醫療保險。

統一醫療保險計劃 –是提供給華盛頓州政府（現職和已退休）僱員及他們的家屬。這個計劃受衛生廳(Health Care Authority)監管並受華盛頓州病患權益法 (Patient Bill of Rights)的約束。這意味著儘管它有計劃自定的上訴程序，參加此保險的消費者仍然具有與州政府監管的其他計劃相同的很多消費者權益。

網站：請上網址 <http://www.ump.hca.wa.gov/>（在主頁右側頂端輸入「Appeal」）

如果您有不同的豁免自籌資金計劃，請與您計劃的管理員聯絡並詢問他們採用的上訴程序資訊。

2.4 在提出上訴之前您應做什麼

請與您的醫護提供者商量，告訴他們您想對索賠拒絕提出上訴。跟他們協商解決尚欠的帳單。

當帳單到期繳付，您有三個選擇。您可以：

- 延遲支付直到您知道您上訴的結果。請求您的醫護提供者別把欠款轉給討債公司（他們可以接受或不接受）；或者
- 制定一個分期付款計劃並設法減免您應付的帳款（以免被轉給討債公司）；或者
- 支付該帳單，等您贏了上訴後再從保險公司獲得補償。

華盛頓州保險業監理處無意推薦其中的一個選擇。您必須根據自己的情況作出最佳的選擇。

2.5 收集所有必要的文件

為了便於您收集資料，您可使用「您重要的資料」工作表（見第二節）以備日後所需：

- 您的聯絡資料（姓名、郵寄地址、電話號碼）
- 您代理人的聯絡資料（若有，例如律師、父母或監護人、提供者或作為律師為您代理的個人）
- 提供醫療保險計劃的公司或團體名稱
- 保單號碼以及索賠號碼（若有）
- 如果您的計劃是經由您的僱主提供的，請提供僱主的名稱和地點
- 為您提供醫護服務或提供意見和建議的醫生或提供者的姓名

您可能需要收集以下能幫助上訴的文件：

- 您最新的福利小冊子
- 您的保險卡
- 與您上訴相關的所有文件
- 您醫療提供者診所提供的任何治療或服務之說明
- 任何索賠拒絕（您的醫療保險計劃亦稱之為不利承保決定）
- 任何支持您推翻索賠拒絕的研究報告

最佳做法的建議

收集您的文件

在上訴初期收集所有的醫療記錄和其他證明文件。

下一步：

上訴程序 — 醫療改革前和後

第三步：上訴流程—

特許和非特許（「其他」）計劃

第 3.1 步 關於上訴程序的資訊

前文提到，本指南將幫您瞭解醫療保險計劃的上訴程序。如果本指南的任何資訊與保險公司告訴您的資訊不同，請記住這是一般資訊。如果您有任何問題，請致電我們的保險消費者熱線 1-800-562-6900。

欲提出上訴，您需要聯絡您的醫療保險計劃。

在以下部份，您將看到以下的資訊：

- 平價照護法案（Affordable Care Act, ACA）成為法律之前的上訴程序—這將繼續作為特許計劃的程序；以及
- 始於 2012 年 1 月 1 日的「其他」計劃的上訴程序。

回顧：特許計劃和「其他」計劃的差異

特許計劃

- 2010 年 3 月 23 日簽署 ACA 之前存在的醫療保單。
- 它們無須遵守新的要求，直到它們做出某些變更而喪失特許地位為止。*
- 如果您有特許計劃，您的保險公司需要在您的承保範圍小冊中告訴您它是特許計劃。

「其他」計劃

- 這些計劃是：
 - 在 ACA 簽署日期之後生效的新計劃，或者
 - 在 ACA 之前即已存在，並在續期時喪失特許地位的計劃。
- 這些計劃必須提供符合 ACA 規定的上訴程序。

如果您不確定您持有哪種計劃，我們建議您致電您的保險公司（手持您的保險卡以參照您的保單號碼）詢問。

** 「保留您現有的醫療保險計劃：《平價照護法案》和「特許」醫療保險計劃：」（Keeping the Health Plan You Have: The Affordable Care Act and “Grandfathered” Health Plans）

http://www.healthcare.gov/news/factsheets/keeping_the_health_plan_you_have_grandfathered.html

如果所有其他方法都失敗了，有時候請您的醫療保險計劃破例，可能對您的個案有幫助！（見 2 號樣本信）

3.2 特許計劃上訴程序概覽

一般而言，特許計劃上訴程序如下：

- a. 您在醫療保健計劃規定的時間範圍內，向您的計劃提出上訴（您的醫療保險計劃可提供書面上訴表格）。這將列在不利承保決定或您的計劃摘要中。
- b. 您的計劃可能在以下時間內做出裁決：
 - 如果緊急，72 小時或更短*；
 - 如果是服務前拒絕，14-30 天；或者
 - 如果是服務後拒絕，14-60 天。
- c. 如果您在第一階段敗訴，您或許可在內部上訴獲得計劃的最終裁決之前，進行更多的內部階段。
- d. 等您完成所有的內部上訴階段後，如果您的計劃是全額承保，您有可能請求外部審查。您的醫療保險計劃將指定一個獨立審查組織（Independent Review Organization, IRO）審查您的上訴。
 - IRO 必須在允許的時間範圍內，將裁決通知您和您的醫療保險計劃。 **
 - 如果 IRO 推翻拒賠，該裁決對醫療保險計劃是有約束力。如果它支持拒賠決定，此時您唯一的選擇是採取法律行動。

所有計劃都允許參加者至少有一次機會請求保險公司重新考慮拒賠決定，有些計劃允許更多次機會。但是，如果您有特許計劃，您不一定有請求獲得認證的獨立審查者進行外部審查的選擇權。如果您有這項選擇權，您的計劃需要告訴您。

如果您已完成計劃的全部上訴程序，而且最初的拒賠決定得到支持，此時您唯一的選擇是尋求法律建議，瞭解您是否可以獲得司法審查。

在您提出上訴前，我們鼓勵您繼續閱讀第 4 步關於如何增加贏得上訴機率的說明。

* RCW 48.43.530(5)(c)

** WAC 246-305-050 (3)(a)(i) & (ii)

3.3 非特許 (「其他」) 計劃上訴程序概覽

2012 年 1 月 1 日起，沒有特許地位的計劃需要執行平價照護法案 (Affordable Care Act) 的新上訴要求。

如果您有非特許計劃，您可以有以下的期望：

透明度 – 您有權利：

- 知道拒絕的實際理由並得到書面說明
- 查閱您的檔案，並查看做出拒絕索賠決定所採用的標準
- 提交證據作為上訴的一部分

代表 – 您將能授權他人代您上訴。

客觀 –

- 不論您的計劃是受州或聯邦法律管轄，您都有權獲得由獨立審查者進行的外部上訴。
- 不得由涉及最初拒賠決定的人員審查您的上訴。

及時 – 如果您有緊急上訴，您將更快獲得上訴的裁決，並可選擇同時審查。

一般而言，非特許計劃的上訴程序如下：

- a. 您在醫療保健計劃規定的時間範圍內，向您的計劃提出上訴 (您的醫療保險計劃可提供書面上訴表格)。這將列在不利承保決定或您的計劃摘要中。
- b. 您的計劃可能在以下時間內做出裁決：
 - 如果緊急，最好 24 小時或更短，但不超過 72 小時*；
 - 如果是服務前拒絕，14-30 天；或者
 - 如果是服務後拒絕，14-60 天。
- c. 如果您有個人計劃並在第一階段的內部上訴失敗，您可以請求外部審查。如果您有團體計劃和希望繼續上訴，您的計劃將通知您應可以怎麼做。有些計劃提供另一輪

內部審查，有的將告訴您如何提出外部審查，而對其他計劃這可能意味著採取法律行動。^{**}

d. 當您符合以下條件，您可以對醫療保險計劃的決定請求外部審查：

- 您已完成內部審查，或者
- 您的計劃未在允許的時間之前做出裁決，或者
- 您有非常緊急的情況，並且您請求內部審查和外部審查同時進行

e. 您的醫療保險計劃將指定一個獨立審查組織 (Independent Review Organization, IRO) 審查您的上訴。

- 它將通知您哪個 IRO 正在審查您的上訴，並給您五天時間提供缺少的資訊或補充證據。
- IRO 必須在允許的時間範圍內，將裁決通知您和您的醫療保險計劃：
 - 如果緊急，72 小時
 - 對於全額承保的計劃，收到所有必要資訊後 15 天或者得到轉介後 20 天 (以先發生者為準) ^{***}
 - 對於自保計劃，45 天
- 如果 IRO 推翻拒賠，該裁決對醫療保險計劃有約束力。如果它支持拒賠決定，此時您唯一的選擇是尋求法律建議。

您可在第二節找到關於上訴途徑的更多資訊。

下一步：

增加贏得上訴的機會

***WAC 284-43-540 (2)(b)**

****WAC 284-43-530(2)**

*****WAC 246-305-050 (3)(a)(i) & (ii)**

第四步：增加贏得上訴的機會

4.1 起草上訴的技巧

為增加您贏得上訴的機會，請考慮遵循以下準則：

如果您的上訴包括以下幾點，對贏得上訴會很有利：

- ✓ 包含易於證明的事實
- ✓ 中肯，且僅含必要資訊
- ✓ 完整
- ✓ 在您的計劃允許的時間內提交
- ✓ 與您的醫療保險計劃和醫療提供者交流時表現積極且貫徹始終
- ✓ 對於期望的結果要具體

如果您的醫療保險計劃在拒絕索賠時列出以下一種常見原因，您可以考慮使用推薦的方法來上訴。

這些方法對於曾有類似情況的消費者很有效。

不是醫療必須的

- 您必須證明醫療提供者認為過去或現在推薦的治療是醫療必須的。請您的醫生（也可能是其他的醫療專家）提供書面文件以解釋他或她的標準。（見 1 號樣本信）
 - » 如果您有您的計劃對於使用標準的任何資訊，請在您的提供者寫支援信前提供這些資訊，以便他/她在信中描述您索賠被拒的具體原因。

實驗性

如果您或您的醫療提供者能夠證明您的治療為以下所列之一，您的醫療保險計劃可能承保被裁定為實驗性的治療：

- 醫療必須的
- 唯一有效的治療方法（記載之前沒有效的方法）
- 低於「標準」治療的費用
- 被醫學界視為「標準」治療
- 您的醫療保險計劃以前曾為有與您有相同醫療狀況的人支付費用，您的提供者可能知道這些情況。（見第 4.4 節 5 號樣本信）

網絡

如果由於提供者不在網絡內而導致您的要求被拒，您若能證明您的計劃曾經有以下情況，您贏得上訴的機會將會很大：

- 網絡內沒有您需要的專科提供者（見第 4.4 節 3 號樣本信）
- 等候網絡內提供者的時間過長

其他可能被拒原因 – 計劃的錯誤

- 證明您或您的醫療提供者遵循了醫療保險計劃的規則。
- 顯示被拒的治療是屬於該計劃承保服務的灰色地帶。如果沒有明確被排除，您可以陳述計劃應該付款的理由。

如果所有其他方法都失敗了，有時候請您的醫療保險計劃破例，可能對您的個案有幫助！
（見 2 號樣本信）

4.2 起草上訴時應避免的問題

以下情況可能對您的上訴不利：

- × 未在截止日期前提交
- × 難以閱讀/組織不佳
- × 過長且含有不必要的細節
- × 高度情緒化而非陳述事實
- × 不完整
- × 字跡潦草，無法閱讀

在寄出上訴書前，請別人先校對是可避免上述許多問題的方法。

以下是消費者敗訴的常見原因：

缺少資訊

如果您沒有：

- 從您的醫療提供者獲得一封信，詳細說明為什麼一項程序是醫療必須的。
- 明確說明以下幾點的信函：
 - 您的醫療問題
 - 您的計劃拒絕索賠的原因
 - 您的計劃應承保索賠的原因
- 提供在您的醫療提供者目前處方的治療之前您已試過的治療。
- 提供醫療保險計劃認為相關並想要調查的資訊（例如：醫療提供者對以前就診的記錄）。
- 包含醫學界認為您的提供者的處方治療為標準做法的證據。

您的保險公司認為您的要求是在其合約職責範圍之外

- 您的處方或您所接受的治療或處方藥不在醫療保險計劃承保範圍之內。
- 您沒有按時支付保費，而且保單已被取消。醫療保險計劃不會對保單取消後使用的福利支付索賠。
- 您對醫療保險計劃支付給您提供者的合約金額有爭議。消費者不能要求醫療保險計劃為提供者支付比合約約定的金額更高或更低的費用。
- 您在假設的情況下要求做出正式決定。除非您的提供者被要求事先得到治療授權，而且他們認為該治療是醫療必須的，否則醫療保險計劃沒有義務事先告訴您他們如何處理索賠。
- 保險公司酌情處理的事物，例如重新分類處方的要求。
- 您的醫療提供者的計費發生錯誤。醫療保險計劃只會回覆醫生提供的資訊。如果您的醫生使用了錯誤的 CPT 代碼，或是沒有按計劃要求事先得到授權，那麼您的提供者要對自己的錯誤負責。

僱主和員工之間的問題

- **資格問題** – 例如，當僱主告訴團體醫療保險計劃提供者，某位僱員自某天起不再符合承保資格，醫療保險計劃將拒絕該工作者在生效日期之後的任何索賠。
 - » 這種情況常會發生在要求員工必須工作多少時數才有資格參與團體醫療保險計劃的時候。
- **逾期支付保費** – 當僱主未向醫療保險計劃支付其保費部份時，醫療保險計劃將會取消所有員工的承保。

您無法透過上訴來解決最後這兩個問題。反之，作為一名員工，您應考慮遞交投訴至：

美國勞工部—僱員福利保障行政署

(United States Department of Labor - Employee Benefits Security Administration)

電話：1-866-444-EBSA (3272)

4.3 所有類型醫療保險的最佳做法建議及提示摘要

當您認為您的計劃應當支付承保金額時—提出上訴。

如果您在第一層級沒有勝訴，繼續上訴到下一層級，直至您用盡所有的選擇權。

對於您與醫療提供者或您的醫療保險計劃的互動：

- 保存詳細記錄，將會增加贏得上訴的機率。大多數上訴需要您證明一些事情，如果您妥善保存記錄，這會容易很多。記錄每件事情。
- 在您的所有談話和書面記錄中繼續採取主動。
 - 堅持事實，強調客觀的醫療資訊而非討論您的情緒。
 - 如果有人告訴您將在某天之前回頭與您連絡，但是沒有這麼做，請拿起電話與他或她聯繫。
- 如果您對某件事不清楚，要發問，直至您明白為止。
- 當您需要寄文件給您的提供者或醫療保險計劃時：
 - 要寄送影本而不是原件。
 - 要以掛號信郵寄，以便您知道它們何時送達。（掛號郵件意味著有人要簽收，因此您能知道是誰在何時簽收的。）
- 知道您可以選擇一個授權人或是您的醫療提供者代您行事。
- 您的醫療費用部分通常是可以談判的。
 - 讓您的醫療提供者接受您的醫療保險計劃支付的手術費用為全款付款。
 - 如果醫療保險計劃根本不付錢，設法談妥一個由您自費的價錢。

- 如果處方不屬於您計劃的承保範圍，請您的醫療提供者改寫處方。

對於遭拒的索賠：

- 排除帳單錯誤的可能性。
- 首先致電您的醫療提供者的計費辦公室（在您的記錄日誌中記錄這通電話）。
- 告訴他們您收到醫療保險計劃寄來的拒絕付款通知。
- 詢問他們您的醫療保險計劃為何拒絕支付到他們辦公室診治的費用。他們將告訴您它要不是計費錯誤，就是索賠處理錯誤—兩者都應由您的提供者辦公室做澄清。如果不是計費或處理錯誤，您需要透過上訴來推翻拒賠決定。

查詢以確定您一份有最新的計劃摘要以及計劃的除外責任和限制（如果不同於計劃摘要）。您可能需要致電您的醫療保險計劃，以確定您能在網站上找到這些資訊，或是讓他們郵寄給您。

閱讀拒賠決定以瞭解：

- 拒絕的具體理由
- 支持決定的計劃規定
- 計劃需要什麼來推翻它的初始裁定
- 您的計劃的上訴和申訴流程以及相關的時間範圍
- 向哪裡寄出正式上訴書

考慮向我們辦公室提出投訴。致電我們的保險消費者熱線 1-800-562-6900，與保險專家討論您的案例，並確定我們如何能夠幫您。

索取您的計劃用於拒絕的一切資料

- 搜尋您的檔案中支持授權或支付承保金額的缺失資訊。

- 確保您採用的臨床調查是最新的。請您的醫生提供指導，在國立衛生研究院的網站 www.pubmed.gov 自行搜尋。

與醫療提供者保持聯繫

如果您要對拒賠決定提出上訴，請致電您的醫療提供者的計費辦公室職員，請他們不要將您的帳單寄給催款公司。他們可能同意該請求，也可能不同意。

如果他們要求付款，您可以：

- 延遲付款；
- 全額付款；或者
- 制定付款計劃。如果您贏得上訴，您很有可能得到醫療保險計劃的報銷。

如果您需要醫療提供者出具的信函，要確認他或她有空寫信（而且不會不在辦公室）。

向您的醫療提供者提供一份醫療保險計劃用來拒絕付款的合約規定。您還應該將公司寄給您的關於拒絕索賠的文件給予醫療提供者。這有助於提供者將陳述集中在與您的上訴有關的事宜。

- 如果時間允許，請人校對您的醫生為您寫的信。要確保這封信闡明了您的醫療保險計劃拒絕索賠的理由。有些信件不夠具體，或有時包含錯誤。成功的上訴有醫生具有說服力的信函。
- 在程序期間，及早收集和整理所有的醫療記錄和其他支持文件。有些上訴的周轉時間很短，您需要做好準備快速出具您的記錄。

如果您的醫療保險計劃請求更多時間考慮您的索賠，您不必同意這項請求。如果它未在允許的時間內向您提出最終決定，您可以轉到下一個上訴層級。

如果您的醫療保險計劃放棄審查您的上訴的權利，或者沒有在規定日期之前向您提出決定，您有權要求外部審查。

緊急情況的持續照護

- 上訴結果未定期間，醫療保險計劃必須提供持續保險。如果不向您提供事先通知及事先審查的機會，它不能在治療持續期間減少或停止支付承保金額。 [RCW 48.43.535(8)]

- 請注意：如果您上訴失敗，您可能要負責您在上訴裁決期間得到承保的金額。

撤銷或取消保險

撤銷保險：

- 保險公司必須提前至少 30 天書面通知您，才能撤銷*您的醫療保險。
 - *請注意：撤銷是指您的保險公司收回原來對您的投保申請和支付您使用的承保的批准。這通常發生在保險公司瞭解到您沒有準確填寫申請書。根據醫療改革，保險公司僅可在有人故意在申請表上說謊的情況下才可撤銷保單。

取消保險：

- 避免遲交保費。如果您沒有支付保費，您的醫療保險計劃可能容許遲付保費一次（參見樣本信 2）。要注意，計劃一般不允許第二次遲付，將取消您的保單。

取消 COBRA：

- 如果您不支付保費，您的僱主可能取消您的 COBRA 保險。聯邦 COBRA 法律不要求您的僱主通知您它已取消您的保險。但是，聯邦 HIPAA 法的確要求僱主在保險終止時，向投保人出具「有效保險證明」。
 - 如果您認為前僱主錯誤地取消了您的 COBRA 保險，請撥 1-866-444-3272 致電主管 COBRA 事宜的美國勞工部（Department of Labor, DOL）。

個人醫療保險計劃

標準健康問卷（SHQ）

- 保險公司使用標準健康問卷 (Standard Health Questionnaire, SHQ) ，根據申請人的健康狀況決定是否提供承保。如果保險公司以您沒有通過健康篩檢為由拒絕向您出售保單：
 - 如果您認為加分方式有錯誤，您可以對您的問卷加分方式提出上訴。您不能對勾選的每個項目的分數，或者在您不同意健康計劃 (根據您的病史記錄) 為您勾選的項目時提出上訴。關於 SHQ 的問題，請閱讀 www.wship.org 上的 SHQ 常見問題集。
 - 您的上訴審查期間，您可透過華盛頓州醫療保險統籌池 (Washington State Insurance Pool, WSHIP) 申請保險。

允許的上訴次數

截至 2012 年 1 月 1 日，您的個人醫療保險計劃僅允許您提出一級內部上訴來做出決定。該次內部上訴之後，您在必要時可請求外部審查。

下一步：寫好上訴信的提示

4.4 寫好上訴信的提示

以事實並且寫得好的的信函，對您贏得上訴的機率極其重要。但在您寫信之前，務必明白：

- 您必須在截止日期前提出上訴。
- 您需要寫明具體部門/人員的通訊地址。
- 計劃需要您提供的具體資訊來推翻最初的決定。

我們建議您寫上訴信時注意以下提示，包括：

1. 寫明關於您、您的計劃和計劃拒絕的索賠（或治療）的資訊。如果可能，在上訴信中加入您的保險卡影印本。
 - 如果您作為他人的授權代表代為寫信，務必加入您的聯絡資訊，並證明您作為代表行事的法律權利。
2. 清楚陳述您要上訴的決定。
3. 描述您在上訴程序中的階段。
4. 清楚陳述您希望透過上訴取得的結果。
5. 真實陳述您為何對該決定提出上訴。針對您的情況撰寫這部份的信函。加入所有相關事實和任何具有說服力的細節。
6. 描述您加入任何輔助的支持資訊，供審查委員會考慮。
7. 如果您加入兩份以上的文件，要做一個目錄，告訴讀者可在何處找到項目。
8. 陳述完您的案情後，加入有禮貌的最終陳述，並指出您期待他們做出裁決。

寫完信後的提示：

9. 校對您的上訴信。

- 一開始，把信擱在一邊，一段時間後再以新的眼光看這封信。詢問自己信裏是否說出您想講的每一件事情，如果不是，請作修改。
- 對信感到滿意後，請別人閱讀，並告訴您是否發現有比較難懂的地方—例如拼寫錯誤或文法錯誤。您還可以讓校對者尋找不相關的細節。

10. 信件定稿後，印出兩份：

- 一份用於上訴，透過掛號郵件寄給保險公司。
- 保存第二份作為記錄，務必在上面註明您在何時寄出另一份信件以及保險公司何時收到。

11. 欲瞭解如何運用這些提示，請看針對具體情境撰寫的信函範本和樣本。

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

樣本範本：

1. 請求內部上訴
2. 請求外部上訴
3. 索取文件以幫助消費者準備上訴

樣本信函

1. 被視為非醫學必需的服務後拒賠提出上訴的信函
2. 未付保費之後請求恢復保單的信函
3. 請求網路外的人出具第二意見的信函
4. 請求州監管的醫療保險計劃支付患病兒童居家醫療費用的信函
5. 就視為「實驗性」的服務後拒賠提出上訴的信函

要求第一階段（內部）審查的樣本信

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

[您的姓名]

[您的地址]

[日期]

[您的醫療保險計劃上訴部門地址]

事由：[受保人姓名]

計劃編號：[123]

索賠編號：[456]

敬啟者：

我現請求審查您拒絕[承保、事先授權或其他]我的醫療提供者[____醫生]在[日期]所處方的治療。

列出的拒絕理由是[____]，但在查閱我計劃摘要的最新版本時候，我的提供者和我認為應當承保[____]。

在這一部份，您應當在信中針對您的特殊情況調整訊息，僅加入相關的事實。這是您的機會，告訴他們有關發生「什麼」的資訊，多提及您「為何」認為應當承保。與長篇大論、充滿情緒或與問題/索賠無關的評論的信函相比，簡短的事實陳述更有可能讓您贏得上訴。

如果您打算提供許多文件，在這封信中告訴他們包括哪些文件以及您安排的順序。適當時請使用目錄。

陳述完您的案情後，告知他們如果需要更多資訊如何與您聯絡。

盼您儘早直接回覆。

此致

[您的姓名]

[聯絡資訊]

請求外部審查的樣本信範本

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

[您的姓名]

[您的地址]

[日期]

[您的醫療保險計劃上訴部門地址]

事由：[受保人姓名]

計劃編號：[123]

索賠編號：[456]

敬啟者：

我現請求由獨立審查組織（Independent Review Organization, IRO）對我在[日期]收到的最終內部不利承保範圍裁決進行外部審查，該裁決已包括在本上訴信中。

針對[例如，我在我的主治醫生建議下接受您認為不是醫學上必需的手術]，我在[日期]提出內部上訴。您的審查委員會做出裁定，維持不承保此項索賠的最初決定。

[請求外部審查後，信中的這部份通常很適合加入在您提出首次上訴後注意到的事情。例如，「我在提出內部上訴的過程中瞭解到，根據本上訴信包括的附件，我的主治醫生獲得為我做手術的事先批准。」同樣的，要以事實為依據，切入重點。]

盼您儘早直接回覆。

此致

[您的姓名]

聯絡資訊

索取醫療保險計劃做出決定所用文件的樣本信

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

[您的姓名]

[您的地址]

[日期]

[您的醫療保險計劃上訴部門地址]

事由：[受保人姓名]

計劃編號：[123]

索賠編號：[456]

敬啟者：

我想請您寄給我以下所有各項[僅索取您沒有的文件]：

- 1) 拒絕我的索賠的詳細理由描述
- 2) 做出決定的臨床依據的書面陳述
- 3) 關於如何取得做出決定所用之臨床審查標準的說明
- 4) 貴公司在我的檔案中所做的記錄
- 5) 您推翻拒賠決定所需資料的描述

由於我的提供者和我準備就您關於以上索賠的決定提出上訴，因此我們需要這些資訊。

盼您儘早直接回覆。

此致

[您的姓名]

聯絡資訊

樣本信 1：就基於缺乏醫學必要性的拒賠決定提出上訴

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

情況：

醫療提供者就被拒的服務後索賠開出帳單。由於消費者在接受服務前詢問過需要多少費用，而且計劃的合約醫生告訴他，計劃將在他支付 30 元的共付額後承保超音波檢查費，因此消費者就拒賠提出上訴。

消費者的樣本信可以這樣寫：

消費者姓名、地址、保單號碼

2011 年 6 月 1 日

上訴部門資訊

敬啟者：

就貴公司決定拒絕向 Wilson 醫生支付我在 2011 年 3 月 14 日接受的超音波檢查費（索賠編號 2596BG）一事，我現在提出上訴。拒賠決定所列的理由是「非醫學必需」。

在我做超音波檢查之前，我問過作為簽約提供者的 Wilson 醫生辦公室，我必須為這次超音波檢查付多少錢。他的辦公室說我只需支付 30 美元的共付額。

在所附的醫生信中，您將發現關於以下的項目：

- 他為何認為進行超音波檢查是醫學上必需的
- 我這次就診的病歷紀錄
- 讓我做這次超音波檢查的建議
- 一篇近期文章，解釋我這種情形（肝酶計數高）做超音波檢查是否為標準做法

如果您審查我的案件需要其他資訊，請透過電話 253-555-7890 告知我。

盼您及時糾正這份未決帳單。

此致

樣本信 2：就以付款不足為由取消保單提出上訴

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

情況：

消費者由於公司薪酬部的錯誤，未能支付醫療保費。

消費者的樣本信可以這樣寫：

消費者姓名、地址、保單號碼

2011 年 6 月 15 日

上訴部門資訊

敬啟者：

就貴公司決定取消 6 月 1 日生效的我個人保單一事，我現在提出上訴。該保單有效時間已達三年，懇請您予以恢復。

我理解您關於承保以按時支付保費為條件的要求，但我請您在此情況下給予我例外處理。我僱主的薪酬部出了差錯，導致我和 29 名同事有四天沒有直接存款工資支票。由於我的醫療保險費預定在正常發放工資兩天後從我的支票帳戶中扣付，因此我的帳戶中沒有足夠的錢支付 624 元的帳單。

請您留意以前從未發生過這種事情。我有公司人力資源部發出的信函，證明明確發生了這次薪水發放錯誤，需要四天時間予以更正。

盼望儘早回覆就我的恢復請求所做的決定。如蒙您對第一次出現的這種錯誤予以通融，我將萬分感激。

此致

Charles Johnson

聯絡/電話資訊

樣本信 3：請求到網絡外提供者處診治

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

情況：

消費者希望向她的醫療保險計劃網路外的提供者徵詢第二意見。

消費者的樣本信可以這樣寫：

消費者姓名、地址、保單號碼

2011 年 6 月 5 日

上訴部門資訊

敬啟者：

就貴公司決定拒絕我從您的網路外提供者徵詢第二意見的請求一事，我現在提出上訴。

我明白我現有的保單沒有義務支付此項費用，不過我請求給予例外處理。在我開始任何治療之前，我希望確定：

- 1) 首次診斷正確鑒定了我的癌症類型。
- 2) 建議的療程對治療我的癌症有效。
- 3) 沒有其他侵襲性較低因此更可取的治療方法。

我希望取得 Miller 醫生的意見，他是在西雅圖診治此類癌症的知名專家，不在我的計劃網路之內。

我在 6 月 2 日請求第二意見時，您的客戶經理 Dawn Jones 告訴我，我的計劃僅授權從我的參保網路內的提供者徵詢第二意見。鑒於我住在斯波坎，而且我已經看過本地僅有的一名有治療這種罕見癌症經驗的提供者，所以我認為這是不夠的。要向第二位專科醫生徵求意見，需要到我的醫療網之外。

我知道我的醫療保險計劃僅支付網內提供者施行的治療費用。在此我請求授權向網外提供者徵詢第二意見。

感謝您考慮此項例外請求。

此致

Alexis Tate

聯絡/電話資訊

樣本信 4：就基於醫療環境的拒賠提出上訴

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

情況：

持有州管理計劃的消費者嘗試讓她的保險公司支付患病子女的居家醫療費用。保險公司主張照護不是醫學上必需的，或者已經達到保單規定的照護限額。

消費者的樣本信可以這樣寫：

消費者姓名、地址、保單號碼

2011 年 5 月 8 日

上訴部門資訊

敬啟者：

就貴公司決定拒絕支付我女兒居家醫療費用的請求一事，我現在提出上訴。不僅她的醫生認為這是對她最好的治療選項，更重要的是，這種治療也是《華盛頓行政法規》向她保障的一項權利。

在這封上訴信中，您將看到：

1. 我女兒主治醫生出示的書面治療方案；
2. 同一醫生出示的支持信函，分析住院和居家醫療的費用；以及
3. WAC 284-96-500 副本，該條例要求承保居家醫療費用。

請審查本上訴，並告知我您是否需要更多資訊。期待您的來信。

此致

Margaret Smythe
聯絡/電話資訊

樣本信 5：就拒付實驗治療費用提出上訴

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

情況：消費者希望保險公司支付為治療她臀部骨刺所做的關節鏡手術費用，但因被列為實驗治療而被拒。

消費者的樣本信可以這樣寫：

消費者姓名、地址、保單號碼

2011 年 5 月 8 日

上訴部門資訊

敬啟者：

就貴公司決定拒付我在 2011 年 3 月 28 日所做的關節鏡手術費一事，我現在提出上訴。這項手術是由您的合約外科醫生 Andrew Shah 施行的。

我在 2011 年 4 月 19 日收到郵寄的承保範圍說明後，我打電話給您的客戶服務部並與 Ruth C. 交談，她告訴我計劃拒付的原因是我的診斷獲得批准的唯一治療是開髖手術。聽到之後，我打電話給我的提供者，他向我確保關節鏡手術是比開放性手術更安全、費用更低的治療方法。他還說，他向貴公司承保的其他九名患者收費並沒有遇到麻煩。

如果您已經支付這種侵襲性較低、費用較低的手術費用九次，我希望您繼續這種先例，也支付我的費用。

這封上訴信中有：

- Shah 醫生出示的信函，解釋他為何選擇這種手術而不是開髖手術。他還援引多份出版物，證明這種治療是目前獲得認可的手術。
- 我的物理治療師出示的信函，解釋我的復原時間如何顯著短於接受開髖手術的其他患者。

- 我在貴公司的檔案副本，從中看出您在 3 月 16 日授權 Shah 醫生施行這次手術。

請審查本次上訴並告知我您是否需要其他資料考慮此項請求。盼您儘早直接回覆。

此致

Robin Brown

電子郵址：robin.brown@abc.com

第二節

您的上訴是哪種？

幫您找到答案的問題：

1. 您的計劃是特許計劃還是「其他」計劃？（參見前言或前一部分）
 - 如果是特許計劃，您的一般上訴程序如 A 部分第 3.2 步所述。
 - 如果不是特許計劃，您的一般上訴程序如 A 部分第 3.3 步所述。您可以查閱接下來的三個問題，選擇以下適當的上訴途徑，瞭解從 2012 年 1 月 1 日起您的上訴程序的具體事宜。
2. 您持有哪種保險？（參見第一節，第 1.1 步）
3. 您被拒賠是「服務前」還是「服務後」問題？（參見第一節，第 1.2 步）
4. 如果是服務前問題，緊急嗎？（參見第一節，第 1.3 步）

如果您不知道任何這些問題的答案，請查閱括弧中的步驟。

但是如果您知道答案，則選擇適當的上訴途徑，瞭解關於您上訴的具體資訊。

	緊急	非緊急服務前	服務後
個人	途徑 1	途徑 2	途徑 3
團體，全額承保	途徑 1	途徑 2	途徑 3
團體，自我保險	途徑 4	途徑 5	途徑 6

如果您有關於上訴程序的問題，請在星期一至星期五上午 8:00 – 下午 5:00（太平洋標準時間）撥打我們的保險消費者熱線電話 1-800-562-6900。

上訴途徑 1：(2012 年 1 月 1 日生效的) 個人或全額承保的團體計劃拒賠 緊急「服務前」承保範圍

情況：您的醫生認為屬於醫學上必需的治療遭到拒賠。您的醫療提供者認為您的情況緊急。

1. 您和您的提供者*請求您的保險公司：
 - a. 進行加速內部上訴 (可能接著進行加速外部上訴) ， 或者
 - b. 同時進行加速內部和外部上訴 (參見第 4 項) 。
2. 保險公司審查您的請求。他們將力求確保有足夠的資訊考慮您的上訴。
 - a. 如果他們沒有足夠的資訊，將要求您或您的提供者提供這些資訊。
 - b. 如果他們有足夠的資訊，將在收到您的上訴後 72 小時或更短時間內做出裁決。
3. 您的保險公司做出裁決。
 - a. 如果他們推翻拒賠決定，他們將承保您需要的治療。
 - b. 如果他們在 72 小時內維持拒賠決定或者沒有做出裁決，您可提出外部上訴。您也可以接受拒賠決定。
4. 您提出加速外部上訴 (或者同時進行的內部和外部審查) 。
5. 您的保險公司立即向獨立審查組織 (independent review organization, IRO) 轉送您的請求以及他們用於做出最初決定的所有資訊。
 - 他們將告訴您哪個 IRO 正審查您的上訴，以便您或您的提供者能夠提供其他資訊供審查者考慮。
6. IRO 審查者在 72 小時內根據您和保險公司提供的資訊做出裁決。
 - a. 如果 IRO 不同意最初的決定，您便贏得上訴。您的保險公司必須提供您的提供者建議的醫學治療。

- b. 如果 IRO 同意最初的決定並維持該決定，此時您唯一的追討管道是提出訴訟。

***除非醫療提供者認為有必要，否則您不享有加急上訴權。**

上訴途徑 2：(2012 年 1 月 1 日有效的) 個人或全額承保的團體計劃拒賠非緊急「服務前」承保範圍

情況：您被拒賠提供者所處方的治療費用，該提供者認為您的狀況不緊急。

1. 您提出標準上訴。
2. 您的保險公司審查您的上訴。
 - a. 如果他們缺少資訊，他們將要求您提供資料。
 - b. 如果您的上訴資料完整，您的保險公司有 14 天做出裁決。如果他們在第 14 天前通知您他們需要更多時間，他們最多可有 30 天做出裁決。
3. 您的保險公司發出裁決：
 - a. 如果他們推翻拒賠決定，您的計劃必須支付醫療費用。
 - b. 如果他們在法律規定的時限內維持拒賠決定或者不提供裁決，您可以上訴到下一階段或者接受拒賠決定。(對於個人計劃，下一階段是外部階段。對於全額承保的團體計劃，下一階段可能是額外的內部階段。)
4. 您提出標準的外部上訴。
 - 您的保險公司立即向獨立審查組織 (Independent Review Organization, IRO) 轉送您的請求以及他們用於做出最初決定的所有資訊。
 - 他們將告訴您哪個 IRO 正審查您的上訴，並給予您機會 (在 5 天內) 向審查者提交其他證據。
5. IRO 在 15-20 天 (有些情況下是 25 天) 內，根據您和保險公司提供的資訊做出裁決。
 - a. 如果 IRO 不同意最初的決定，您便贏得上訴，您的保險公司必須提供您的提供者建議的醫學治療。
 - b. 如果 IRO 同意保險公司的最初決定並維持該決定，此時您唯一的追討管道是提起訴訟。

上訴途徑 3：(2012 年 1 月 1 日有效的) 個人或全額承保的團體計劃拒賠 「服務後」承保範圍

情形：您的保險公司拒絕您的提供者提交的索賠。

1. 致電您的醫療提供者，確認不是計費錯誤。
2. 如果不是計費錯誤，我們建議您：
 - a. 向我們監理處提出投訴 (有時候這將向您提供對您上訴有幫助的資訊) 。
 - b. 向您的保險公司提出上訴。
3. 您的保險公司最多有 30 天審查上訴並做出裁決。他們可以：
 - a. 推翻拒賠決定，支付治療費用，或者
 - b. 維持拒賠決定。這時您可向下一階段提出上訴。(對於個人計劃，下一階段是外部階段。對於全額承保的團體計劃，下一階段可能是另一內部階段。)
 - c. 未在 30 天的最後期限內做出裁決。這時您可轉向下一階段上訴。
4. 您向保險公司提出標準的外部上訴。
5. 您的保險公司有三個營業日審查您的上訴，並向獨立審查組織 (independent review organization, IRO) 轉送上訴資料。
 - 您的保險公司通知您哪個 IRO 正在審查您的上訴，讓您知道您有五天時間提供其他資訊供 IRO 考慮。
6. IRO 有 15-20 天做出裁決 (有些例外情況是 25 天) 。
 - a. 如果 IRO 不同意拒賠決定，您的保險公司必須支付治療費用。
 - b. 如果 IRO 與您的醫療保險計劃意見一致，您的拒賠便是最終的。如果您敗訴，您嘗試獲賠治療費用的唯一選擇是提起訴訟。

上訴途徑 4：(2012 年 1 月 1 日有效的) 自保團體計劃拒賠緊急「服務前」承保範圍

情況：您的醫生認為屬於醫學上必需的醫學治療遭到拒賠。您的醫生也認為您的情況緊急。

1. 您想請您的醫療保險計劃：
 - a. 進行加急內部上訴 (可能接著進行加速外部上訴) ， 或者
 - b. 同時進行加速內部和外部上訴 (參見第 5 項) 。
2. 您提出加速內部上訴。
3. 計劃審查您的請求。他們將力求確保有足夠的資訊考慮您的上訴。
 - a. 如果他們沒有足夠的資訊，他們將要求您在 24 小時內提供資料。如果您沒有向他們提供缺失的資料，他們將拒絕您的上訴。
 - b. 如果他們有足夠的資訊，將在 72 小時對您的請求做出裁決。
4. 您的計劃做出裁決。
 - a. 如果他們推翻拒賠決定，您便贏得上訴。
 - b. 如果他們在 72 小時內維持拒賠決定或者沒有提出裁決，您可提出外部上訴。您也可以接受拒賠決定。
5. 您提出加速外部上訴 (或者提請同時的內部和外部審查) 。
6. 您的計劃立即向獨立審查組織 (independent review organization, IRO) 轉送您的請求以及他們用於做出其最初決定的所有資訊。
 - 他們將告訴您哪個 IRO 正在審查您的上訴，並給予您機會向審查者提交其他證據。
7. IRO 審查者在 72 小時內根據您和計劃提供的資訊做出他們的裁決。
 - a. 如果 IRO 不同意最初的決定，您便贏得上訴，您的保險公司必須提供您的提供者建議的醫學治療。
 - b. 如果 IRO 同意最初的決定並維持該決定，此時您唯一的追討管道是提起訴訟。

上訴途徑 5：(2012 年 1 月 1 日有效的) 自保計劃拒賠非緊急「服務前」承保範圍

1. 您被拒賠您的醫療提供者所處方的治療，該提供者認定您的狀況不緊急。
2. 您在服務授權被拒後 180 天內提出標準上訴。
3. 您的醫療保險計劃現在有 30 天審查您的上訴並做出裁決。

他們可以：

- a. 推翻拒賠決定，您贏得上訴。
 - b. 維持拒賠決定。
 - c. 未在允許時間的 30 天內做出裁決。
4. 如果他們沒有做出對您有利的裁決，您可提出標準的外部上訴。
 5. 您的醫療保險計劃有五個工作日向獨立審查組織轉送您的上訴。
 - 您被通知哪個 IRO 處理您的案件後，有五天時間提交您希望他們考慮的其他證據。
 6. IRO 必須在 45 天內做出裁決並通知您和您的計劃。
 - a. 如果 IRO 與您的計劃意見不一，您便獲勝。
 - b. 如果 IRO 維持決定，您的唯一選擇是提出訴訟。

上訴途徑 6：(2012 年 1 月 1 日有效的) 自保計劃拒賠「服務後」承保範圍

1. 您收到醫療保險計劃的拒賠通知。
2. 致電您的醫療提供者確認不是計費錯誤。如果不是計費錯誤，提出上訴。
3. 您必須在收到書面拒賠決定後 180 天內提出標準上訴。
4. 您的醫療保險計劃有 60 天審查上訴並做出裁決。

他們可以：

- a. 推翻拒賠決定，做出對您有利的裁決。
 - b. 維持拒賠決定。您可以接受或者提出下一階段的上訴。參見第 5 項。
 - c. 未及時回覆。如果他們沒有在 60 天時回覆，您可提出標準的外部上訴。參見第 5 項。
5. 向您的醫療保險計劃提出標準的外部上訴。
 6. 醫療保險計劃有五個工作日審查您的上訴並轉送給獨立審查組織 (Independent Review Organization, IRO) 。
 - 您被通知哪個 IRO 處理您的案件後，有五天時間提交您希望他們考慮的其他證據。
 7. IRO 必須在 45 天內做出裁決並通知您和您的計劃。
 - a. 如果 IRO 與您的計劃意見不一，您便獲勝。
 - b. 如果 IRO 維持決定，您的唯一選擇是提起訴訟。

通訊記錄

有關您上訴的每一封信、每通電話、每個電子郵件及每次當面談話均需保存書面記錄，這點很重要。在每次聯絡之後趁您記憶猶新時設法把它記錄下來。

以下示例可顯示您聯絡通訊的日期、採用的形式、誰主動聯絡及其內容。

示例：

日期	聯絡形式	由：	至：	內容概要：	是否要再聯絡？
2011年3月 4日	書信	我的醫療 保健計劃	我	我的核磁共振檢查索賠被拒（醫學上無必要）	
2011年3月 7日 (上午10點)	電話 206-626- 1234	我	Wilson 醫生的診所。與 Carol T.通話。	詢問索賠帳單是否正確。正確。通知 Wilson 醫生我 將上訴拒付索賠的決定。被告知在提出上訴之前先 與 Wilson 醫生確認，請醫生出示醫學上有必要的證 明。	是的，在上訴之前
2011年3月 8日	電話 425-555- 1234	我	我的醫療保健計劃，與 Ruth Johnson 通話。	詢問必須在什麼時間內提出上訴。被告知在 180 天 內（8月中旬）。我問上訴應寄給誰，被告知地址在 我收到的第一封信內。	
2011年3月 18日	電話 800-562- 6900	我	保險業監理處。與 Jane P. 通話。	被告知向我的醫療保險計劃提出上訴，而且在第一 次上訴被否決之後還可再上訴一次。	

日期	形式	由：	至：	內容概要：	是否要再聯絡？

1. 關於您計劃之資訊：

- a. 種類 – (個人、團體或其他) _____
- b. 保險提供者 _____
- c. 保單號碼 (若有) _____
- d. 團體號碼 (若有) _____
- e. 如果是團體計劃，它屬於完全保險、自我籌資還是豁免的？ _____
- f. ID 號碼 _____
- g. 這是個新的 (不屬於非特許) 還是舊的 (特許) 計劃？ _____
- h. 受誰監管？ _____
- i. 承保是否依然有效還是已被取消？ _____
- j. 醫療保險計劃屬於 HMO、PPO 還是傳統的保險賠償 (計費服務計劃)？ _____
- k. 根據上述情況，您能找服務網絡之外的提供者看病嗎？若可以，須付多少保險共付保險、共付額或自付額？ _____
- l. 您是否需要家庭醫生的推薦才能看專科醫生？若是，是否對可選的專科醫生有限制 (例如服務網絡內或是網絡外)？

2. 關於您索賠被拒的資訊：

- a. 這是服務前還是服務後索賠？ _____
- b. 如果是服務前，病情緊急嗎？ _____
- c. 被拒的日期？ _____

- d. 您從那天起有多長時間可以上訴? _____
- e. 您的索賠號碼? _____
- f. 您知道所用的診斷編碼嗎? _____
- g. 需要承保的治療或服務是什麼? _____
- h. 您是否有證據證明它應該屬承保範圍? (如 : 承保範圍說明 (Evidence of Coverage - EOC) 的頁碼、醫生的建議字條、記錄先前病史的備忘錄)

- i. 有研究列明治療是如何必要的或是長期能節省多少錢嗎?

- j. 接收上訴之人的聯絡資訊以及上訴各階段的預計時間表 (例如 : 列出何日應收到公司的回覆) 。 _____
- k. 您的問題是否列在醫療保險計劃不承保的條款和限制 (承保範圍說明) 之中?

3. 關於您服務提供者之資料 :

- a. 您醫療提供者的姓名? _____
- b. 您獲取醫療服務或治療的地址? _____
- c. 您醫護提供者的電話號碼? _____

備註 :

關於州和聯邦法律的常見問題

1. RCW 和 WAC 代表什麼？兩者有何不同？

RCW 代表《華盛頓修訂法規》。這些是由眾議院和參議院通過並由州長簽署的州法。它們每年在線上更新兩次。

WAC 代表《華盛頓州行政法規》。這些是行政機構採用的條例（或規則），旨在執行立法和《華盛頓修訂法規》。它們每月在線上更新兩次。

2. 州和聯邦法律何時會有不同？

各州可選擇執行不同於聯邦法律的法律和規則，但僅限於它們增強對本州消費者和居民的保護。

3. 我如何查閱 RCW 和 WAC 的特定主題？

華盛頓州議會維護的網站允許您搜尋 RCW、WAC 或兩者。您可以訪問 <http://search.leg.wa.gov/pub/textsearch/>，遵循網站底部的說明。如果您已經知道 RCW 或 WAC 並想查看其規定，我們建議在搜尋引擎（如 Google 或 Bing）中鍵入。

但是，在您花時間設法瞭解關於具體生活或健康主題的法律或條例之前，請打電話或寄電子郵件給我們尋求幫助。這種研究可能很複雜，我們希望盡可能幫您節省時間。

附加資源

這些資源幫您查找關於醫療保險計劃上訴的其他資訊。

我們只管理自己網站的內容。在這份清單中列出私人網站，並不代表我們辦公室的認可。

研究調查

華盛頓州保險業監理處 (Washington State Office of the Insurance Commissioner) :

<http://www.insurance.wa.gov/>

美國醫療網 (U.S. Healthcare) :

<http://www.healthcare.gov/law/provisions/appealing/appealinghealthplandecisions.html>

美國衛生與人類服務部消費者醫療保險計劃上訴 (U.S. Department of Health & Human Services, Consumer Health Plan Appeals) :

<http://cciio.hhs.gov/programs/consumer/appeals/>

美國勞工部 (U.S. Department of Labor) :

<http://www.dol.gov/ebsa/publications/filingbenefitsclaim.html>

美國國家醫學圖書館 (U. S. National Library of Medicine) :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

華盛頓州醫療保險統籌池 (Washington State Health Insurance Pool) :

<https://www.wship.org/>

聯邦醫療保險

文章 (上次更新於 2011 年 1 月 27 日) : 《使用我的聯邦醫療保險私人藥物計劃支付藥費》

(Getting my Medicare private drug plan to cover my drugs)

http://www.medicareinteractive.org/page2.php?topic=counselor&page=script&slide_id=1307

聯邦醫療保險上訴與申訴 (Medicare Appeals and Grievances)

[http://www.medicare.gov/\(X\(1\)S\(h5kqpr45mc22p1ehl1pagrq2\)\)/navigation/medicare-basics/understanding-claims/medicare-appeals-and-grievances.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1](http://www.medicare.gov/(X(1)S(h5kqpr45mc22p1ehl1pagrq2))/navigation/medicare-basics/understanding-claims/medicare-appeals-and-grievances.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1)

您的聯邦醫療保險權利 (Your Medicare Rights) : (PDF 571KB , 44 頁)

<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112.pdf>

就您的醫療保險計劃拒絕或限制多發性硬化症索賠提出上訴 (Multiple Sclerosis

Appealing a coverage denial or limitation by your health plan) :

<http://www.nationalmssociety.org/living-with-multiple-sclerosis/insurance-and-money-matters/health-insurance/appeals/index.aspx>

既存病例的保險計劃

投訴與上訴政策 :

<https://www.wship.org/PCIP-WA/docs/PCIP-WA%20Complaints%20&%20Appeals%20Policy%20FINAL%207-23-10.pdf>

WSHIP – 華盛頓州醫療保險統籌池

網站 : <https://www.wship.org/Default.asp>

WSHIP 投訴與上訴政策

<https://www.wship.org/docs/WSHIP%20Complaints%20&%20Appeals%20Policy%202010%207-10-09%20FINAL%20TO%20FILE.pdf>

法律資源 :

CLEAR 免費法律援助計劃 : <http://nwjustice.org/what-clear>

IceMiller 律師事務所提供的醫療保險指南 :

<http://www.icemiller.com/searches/service.aspx?id=517>

其他文章

《新規則保障患者的保險拒賠上訴權》 (**New Rules Guarantee Patients' Right To Appeal Insurance Claim Denials**) , Kaiser Health News , (2010 年 7 月 22 日) :

<http://www.kaiserhealthnews.org/Stories/2010/July/22/insurance-denials.aspx>

《與拒賠抗爭需要毅力》 (**Fighting Denied Claims Requires Perseverance**) , 《紐約時報》 , (2010 年 2 月) :

http://www.nytimes.com/2010/02/06/health/06patient.html?_r=1&hpw

《如何對付偽造帳單》 (**How to fight a bogus bill**) , 《華爾街日報》 , (2011 年 2 月 19 日) :

http://online.wsj.com/article/SB10001424052748703312904576146371931841968.html?mod=WSJ_0_0_WP_2715_RIGHTTopCarousel_3

《讓系統發揮作用：一名癌症患者的經歷》 (**Working the System: One Cancer Patient's Story**) , 《華爾街日報》 (2009 年 12 月 29 日)

<http://online.wsj.com/article/SB10001424052748704718204574616181790811124.html>

如何讓醫療保險人支付減肥手術費 (**How to get your health insurer to pay for your weight-loss surgery**) (2010 年 4 月 29 日) :

<http://www.insure.com/articles/healthinsurance/weight-loss-surgery.html>

醫療保險常用詞彙表

A

僅限管理服務(Administrative Services Only, ASO) — 指第三方管理員 (請參閱 Third-Party Administrator) 提供的服務，例如為僱主辦理和償付醫療保險索賠。

不利承保決定(Adverse benefit determination) — 指醫療保險計劃因某些原因決定拒付索賠或不支付消費者所要求的全部金額。拒付可能有很多原因。例如：

- 醫療保險計劃根本不承保該程序；
- 僱主在消費者接受服務時通知醫療保險計劃該消費者沒有資格參加該計劃；或者
- 醫療保險計劃界定該服務為「實驗性或研究性」或「醫學上無必要」。

消費者收到醫療保險計劃的不利承保決定後，他們可以提出上訴，本手冊提供如何上訴的竅門。

代理人(Agent) — 推銷和服務保險計劃之人。在華盛頓州，所有保險代理人均須獲得州保險業監理處的營業執照，監理處將他們稱為生產者 (producers)。

年度限額(Annual Limit) — 很多醫療保險計劃規定每年度對各項承保範圍支付的最高限額。醫療改革禁止醫療保險計劃於 2010 年 9 月 23 日之後開始的計劃年度對基本福利設定年度限額。

上訴(Appeal) — 要求對醫療保險計劃重新考慮某個決定 (通常是索賠拒絕)。

B

基本醫療保險計劃(Basic Health Plan, BHP) — BHP 是華盛頓州醫療保健管理局 (Health Care Authority) 為本州低收入居民提供補助的醫療保險計劃。

C

運營商(Carrier) — 銷售保險的公司 (亦稱之為保險公司)。

索賠(Claim) — 指您或您的醫生在您接受治療或服務之後向保險公司索取承保付款 (賠償費用)。

統一多項預算法(COBRA) — 美國國會在 1986 年通過了統一多項預算法 (COBRA) 的醫療福利規定。COBRA 以團體價格繼續提供臨時的醫療保險。該法律適用於僱有 20 人以上的私營企業、員工組織或州及地方政府。許多州有「小 COBRA」法，適用於少於 20 名僱員的僱主。

共付保險(Coinsurance) — 病人須按照保單條款的規定分攤醫護提供者收費額的一個百分比。有時也稱之為「共付額」或簡稱「共付」。

承保範圍協調(Coordination of Benefits, COB) — 當您有兩個或以上的保險計劃時，承保範圍協調將決定每個保險公司各需付多少。賠償總額不得超過醫護費用的 100%。一個家庭有兩個成員擁有不同的保險計劃很常見的。

共付額(Copayment) — 共付額指病人承擔醫護帳單的份額。它的金額通常不大，而且是整數，例如門診需支付 10 元或 25 元。

承保範圍(Coverage) — 保險公司根據保險合約為受保人提供的保障範圍。當用於醫療保險計劃時，便指受保人所得到的福利。

可給予信用的保險(Creditable) — 新的醫療保險計劃可使用受保人之前的醫療保險承保情況來縮短該受保人既存病例的等待期。

現行程序術語編碼(Current Procedural Terminology, CPT 或治療編碼) — 這是美國醫學協會編制的 5 位數代碼，供醫生用於與醫療保險計劃溝通他們為病人提供的服務和完成的工作。聯邦醫療保險計劃把它們稱為常用醫療程序編碼系統 (Healthcare Common Procedure Coding System - HCPCS) 的編碼。

D

自付額(Deductible) — 每年在保險計劃開始支付索賠之前，您應支付承保範圍的金額。

藥物處方錄(Drug Formulary) — 請參閱處方錄。

E

資格(Eligibility) — 指一個人是否有資格獲得保險。如果您曾有資格，後又失去了資格，醫療保險計劃可以取消您的保險並拒付您失去資格後的任何索賠。如若發生此種情況，您可依照平價照護法案 (ACA) 向醫療保險計劃提出上訴。

僱員退休金保障法(Employee Retirement Income Security Act, ERISA) — 1974 年的僱員退休收入保障法案 (ERISA) 是複雜的聯邦法規定的僱員福利。ERISA 適用與大多數的僱員福利計劃。ERISA 是後來被 COBRA 和 HIPAA 修訂。

基本福利(Essential Benefit) — 基本福利包括：門診病人服務、急診服務、住院、母嬰護理、精神病和濫用藥物治療服務 (包括行為健康治療)、處方藥物、復康服務和器材、化驗服務、預防和保健服務及慢性病管理、以及兒科醫療服務 (包括口腔和視力保健)。

不保事項(Exclusions) — 醫療保險合約中拒絕對某些醫療和器材供應承保的條款。常見的不保「事例」包括自選的整容手術、胃繞路手術、臨床試驗治療、變性手術或被認為實驗性的治療。

承保範圍說明(Explanation of Benefits - EOB) — 這是保險公司在處理您的索賠之後寄給您的通知。它應解釋醫護服務提供者為您提供了什麼服務、保險公司支付了多少錢、哪些尚未支付等。很多 EOB 對承保範圍選用了慎密的法律詞語。

外部審查(External Review) — 由獨立的審查組織 (IRO) 審查保險計劃或拒絕承保或服務。這種審查只在內部審查程序全部用盡或在緊急上訴中需要快速得到 IRO 決定的情況下才進行，但是這兩種情況均

隨著平價照護法案的實施而有所改變。保險公司須服從外部審查的決定。醫療改革要求所有新的醫療保險計劃提供符合標準的外部審查程序。

F

公佈費用(Fee Disclosure) — 這是指醫療提供者和護理人員需在治療前告訴病人他們的收費。

最終的不利承保決定(Final Adverse Benefit Determination) — 醫療保險計劃在完成內部上訴程序後維持不利承保決定。如果消費者想上訴最終的不利承保決定，消費者須要求醫療保險計劃進行外部審查。

處方錄(Formulary) — 列出 醫療保險計劃所承保的處方藥物。承付金額會因不同層級而有差異。

G

特許計劃(Grandfathered Plan) — (有時亦指「舊的」計劃) 這種計劃因為在 2010 年 3 月 23 日之前已存在，大部份不受醫療改革所要求的變革，而且該等計劃沒有對原計劃進行過重大的改變。如果是一個特許計劃，它必須披露其狀況。新的受保人和他們的家屬依然可以參加特許計劃。

團體合約(Group Contract) — 這是保險公司和僱主或其他實體為僱員或團體成員提供保險而簽署的保險合約。合約規定受保人的資格。例如：有資格的僱員可能被定義為「為僱主每週工作 30 小時以上的員工」。這些合約很受人們歡迎，因為如果他們自己購買相同福利的保險費用要貴很多。合約通常被稱之為保單。

團體保險(Group Insurance) — 是指僱員集體及通常包括他們的家屬提供的醫療保險保單或醫療保險服務合約(HCSC)。當總保單簽發給僱主或團體時，承保即生效。

簽發保證(Guaranteed Issue) — 醫療保險公司承諾不在承保時篩選申請人並且同意接受團體的所有成員(團體保險)或任何個人(個人保險)，不因為年齡、健康狀況、種族等區別對待。醫療改革要求在 2014 年起所有醫療保險必須有簽發保證。

H

醫護服務承包商(Health Care Service Contractor) — 這是運營商的一種，它與醫護服務提供者，如醫生、診所和醫院簽訂合約，為客戶(通常稱為「成員」或「參加者»)提供醫護服務。例如在華盛頓州，Premera 和 Regence 均是醫護服務承包商。

醫療保險(Health Insurance) — 一種為支付醫生、醫院和其他醫療提供的預防和治療疾病或損傷的費用而提供承保的保單或產品。它可作為個人保單或團體保單簽發。

醫療保健組織(Health Maintenance Organization, HMO) — 這是一種醫療服務運營商，要求參加者從一個醫療提供者組織獲取所有的醫護服務(某些急診醫護除外)。這種計劃可能要求參加者請專科醫生會診或去醫院時需要家庭醫生的推薦。根據您的承保範圍，參加者與保險計劃之間產生的爭議受州政府或聯邦政府的規定制約。在華盛頓州，Group Health Cooperative 即屬於 HMO。

醫療保險計劃提供商(Health Plan Provider) — 為您提供醫療保險計劃的公司或組織。

高風險統籌池(High Risk Pool) — 這在華盛頓州是一個非營利組織，稱為華盛頓州醫療保險統籌池(WSHIP)。它為所有由於既存病例無法在普通市場購買個人或團體醫療保險的華盛頓州居民提供醫療保險。欲參加，您必須沒有通過標準的健康問卷調查。

HIPAA 1996 年醫療保險可攜性和責任法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) — 這是於 1996 年頒布的聯邦法律。該法律使人們更方便更換工作而不必擔心因為既存病例而無法獲得或需等待才能獲得醫療保險。該法還建立了健康資訊隱私的標準，幫助阻止不當地使用您的醫療記錄。

住院承保範圍(Hospital Benefits) — 指您住院時醫療保險計劃支付的承保範圍。這些範圍可能包括賠償住院和門診醫療護理的費用。住院承保範圍包括食宿和必要的服務及供應。門診承保範圍可包括外科手術、放射科服務和康復理療。

I

獨立的審查組織(Independent Review Organization, IRO) — 這是一個對保險公司作出的最終不利決定進行外部審查的獨立、公正組織或實體。這是由受保人提出的審查。保險公司須承擔此等審查的費用，而且它作出的是最終裁決，對保險公司有約束力。

個人市場(Individual Market) — 這個市場包括個人和他們的家屬直接從保險公司或保險代理人或經紀人購買醫療保險，約佔整個醫療保險市場的百分之六。一般人會自己購買醫療保險是因為他們沒有資格參加政府（如聯邦醫療保險或州醫療補助）或僱主贊助的醫療保險。

服務網絡內的醫療提供者(In-Network Provider) — 指簽訂合約參加醫護管理組織（如 HMO 或 PPO）的服務網絡的醫護服務提供者（如醫院或醫生）。提供者同意醫護管理組織的規則和收費標準並且同意不向病人收取超過規定的費用。

保險(Insurance) — 指把個人風險轉移到保險公司的一種合約。透過收取保費，保險公司同意按照保單條款支付承保範圍內的損失。

保險業監理處長(Insurance Commissioner) — 這是華盛頓州的民選官員，負責實施本州的保險法，並且為了執行這些法律條文制定合理的條例和規定。監理處長還進行調查、檢查並開聽證會等相關執法活動。保險業監理處的職責還包括向消費者提供保險事務的資訊、聽取他們的投訴並為消費者倡導合理的權益。

受保人(Insured) — 您有保險，您就是受保人。

內部上訴(Internal Appeal) — 當您（或您授權的代表）要求醫療保險計劃重新考慮它對於您的承保所做出的決定（「不利決定」）時，這就是上訴的第一階段。醫療保險計劃將審查您的上訴並通知您它認為最初的決定是否正確。有些內部上訴有好幾個層次。

L

失效(Lapse) — 由於受保人未能支付保費，保險公司終止提供保險。

終身最高金額限制(Lifetime Limit) — 終身最高金額限制是指醫療保險計劃在您參加計劃的整個期間內為您支付的承保範圍限額。在醫療改革通過之前，您必須為超出限額的部份自掏腰包。根據醫療改革，2010年9月23日之後簽發的任何醫療保險計劃或保單不得再對大多數承保範圍設定最高金額限制。

限制(Limitations) — 這些是指保單不包括、例外或減小的承保範圍。例如：某個醫療保險可能有既存病例的限制。

M

(重大) 醫療保險 ((Major) Medical Insurance) — 這種醫療保險支付超出基本醫療保險承保的醫療費用。重大醫療保險不僅支付住院費用，還支付醫院以外的費用。

管理醫護計劃(Managed Care Plan) — 這種醫療計劃協調使用家庭醫生和服務網絡為受保提供承保的醫護服務。例如：醫療保健組織 (HMO) 及某些服務網絡計劃。

規定提供的承保範圍(Mandated Benefits) — 華盛頓州法律要求保險公司必須在具體的醫療保險計劃中提供或包括某些福利。規定必須提供的承保範圍包括乳房 X 光檢查、自動接受新生嬰兒或領養兒童的承保、以及居家和善終安寧治療選擇。

州醫療補助(Medicaid) — 這是聯邦和州政府共同出資的計劃，它為符合某些條件的低收入人員，如兒童、孕婦、殘障人士等有資格的人提供醫療保險。

醫學上必要的(Medically Necessary) — 根據地理區域的標準醫療操作為保持病人的健康而提供必需的承保醫護服務。通常這些均會在保單中明列。

聯邦醫療保險(Medicare) — 這是聯邦政府出資的保險計劃，它為 65 歲以上老人、某些 65 歲以下殘障人士、任何年齡的末期腎病病人 (永久性腎功能衰竭) 或肌萎縮性脊髓側索硬化症 (路葛雷克氏症) 提供住院和醫療保險。有資格的人士可獲得承保的住院服務 (Medicare Part A, 即 A 部份)、醫療服務 (Medicare Part B, 即 B 部份) 和處方藥物 (Medicare Part D, 即 D 部份)。聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份合稱為原有的聯邦醫療保險。其他福利還可經由「聯邦醫療保險」優勢計劃 (Medicare Part C, 即 C 部份) 提供。

「聯邦醫療保險」保健計劃(Medicare Health Plan) — 這是由與聯邦醫療保險計劃簽訂合約的私營公司為有聯邦醫療保險計劃且參加此保健計劃的人士提供 A 部份和 B 部份的福利。

「聯邦醫療保險」差額計劃(Medicare Supplement, 亦稱 Medigap) — 這是參加聯邦醫療保險的人士自願購買的私人保險，用於支付聯邦醫療保險承保範圍之外的服務費用。種類保單不被歸類於醫療保險計劃，所以它們不受州政府上訴程序的制約。

N

非特許計劃(Non-grandfathered plan) — (也稱之為「另類」計劃) 這種計劃被要求執行醫療改革規定的變更，因為它們不是在改革法通過之後(2010年3月23日)成立，就是它們已對原計劃進行了重大變動，使之失去了不追溯條款的待遇(儘管在法律通過之前就已成立)。

O

服務網絡之外的提供者(Out-of-Network Provider) — 這類醫護服務提供者(如醫院或醫生)沒有與某個組織的服務網絡(如HMO或PPO)簽訂合約。根據管理型醫護組織規定，個人如果去服務網絡之外的提供者處看病，他/她可能需要支付全部費用或較高的比例。

自付費用限額(Out-of-Pocket Limit) — 醫療保險計劃規定個人分擔支付承保的服務費用之最高限額，超過此限額後由保險公司支付100%的承保服務費用，直至保單的上限。

門診服務(Outpatient Services) — 指為病人提供的醫院內外醫護服務，醫院內的醫療或手術不包括隔夜住院。

P

保護病人和平價照護法案(Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA 或 ACA) — 於2010年3月23日簽署成為全面的聯邦法律，亦稱之為醫療改革。該法案的重要條款將在今後的五年內生效。

可攜性(Portability) — 人們能夠更換醫療保險計劃而不必因為既存病例等待較長的時間。聯邦和州法律均有條文規定消費者更換計劃是否需要受到既存病例等待期的限制。

服務後索賠(Post-Service Claim) — 指您或者您的醫生在您獲得醫療服務之後提出的索賠，例如要求賠償或支付所提供的服務費用。大多數團體醫療保險福利的索賠屬於服務後的索賠。

預先批准(Preauthorization) — 這是管理型醫護計劃的一種程序，透過預先批准來控制計劃成員使用醫護服務。請參閱「prior authorization」一詞。

既存病例(Pre-Existing Condition) — 指您參加新的醫療保險計劃之前就存在的健康問題。不同的醫療保險計劃對既存病例的承保有所不同。確定是否屬於既存病例，有時需要依賴之前的診斷或針對您的病症所建議採用的治療方法。

服務前索賠(Pre-Service Claim) — 在接受醫護或治療前徵求您醫療保險計劃的同意。例如：您(或您的服務提供者)在手術前必須得到您計劃的批准才能得到計劃的賠償，這種情況屬於服務前索賠。如果您的計劃拒絕同意，這稱之為服務前拒絕。

首選醫療提供者組織(Preferred Provider Organization, PPO) — 這種醫護服務提供者網絡與醫療保險計劃配合作。如果計劃成員去與PPO簽訂合約的醫生或醫院看病，醫療保險計劃往往會支付更多的錢。

這些提供者和醫院被稱之為「網絡」提供者。計劃成員如果去計劃網絡之外的醫生或醫院看病需付更多。在這個 PPO 內的醫療服務提供者同意按照事先談妥的價格收取服務費用。

保費(Premium) — 您支付保險的金額。為了使保險繼續有效，您 (和您的僱主，若適用) 必須按時支付保費。

預防性福利(Preventive Benefits) — 這類承保的服務旨在預防疾病或希望發現在疾病早期的時候給予治療。醫療改革要求保險公司提供預防性承服務，不得收取自付額、共付額或共付保險。

預先批准(Prior Authorization) — 這是一種管理型醫護程序用審核和預先批准來控制您使用醫護服務。請參閱 preauthorization。

提供者(Providers) — 指獲得營業執照提供醫護服務的機構和個人，例如醫院、醫生、中醫師、醫護技師、藥劑師等。

R

撤銷(Rescission) — 指保險公司撤銷它們原先同意保單申請人的承保及支付受保人使用的任何福利。這種情況往往發生在保險公司發現保單申請人沒有準確填寫申請表。根據醫療改革，保險公司只能在申請人故意在申請表中造假才可撤銷保單。

附加條款(Rider) — 保單的附件，它用增加或減少福利或排除某種承保的病況來補充修正保單的條款。

S

自籌基金(Self-funded, 亦稱 self-insured) — 這是指僱主或團體組織承擔為員工提供醫療保險的開支。僱主會通常設立一個專用帳戶用於繳費和支付索賠。，公司有時會有內部處理索賠，但往往由一個獨立的組織，例如第三方管理員 (TPA) 處理員工的索賠並從僱主的自籌資金計劃帳戶中支取索賠款項。有些計劃不受州保險法管轄。大部份自籌基金的計劃依照美國勞工部聯邦法律監管。

T

第三方管理員(Third-Party Administrator, TPA) — 就醫療保險而言，這指僱主聘用個人或公司管理醫療保險索賠並支付給醫療服務提供者。TPA 既不是保單持有人亦不是保險公司。

U

緊急護理索賠(Urgent Care Claims) — 這是一種您可使用的快速索賠，因為延遲醫護可能會危及您的生命或使您延長病痛或不適。瞭解您病情的醫護服務提供者將決定您的病情屬於緊急與否。

使用審查(Utilization Review) — 醫療保險公司的審查將決定醫療服務提供者為計劃成員或團體成員提供的醫護服務是否必要和妥當。

W

等待期(Waiting Period) — 就醫療保險而言，這是指您從被僱之日起到您的醫療保險生效時之間的等待期。這個詞有時亦指您必須在持有某個醫療保險計劃有一定的時間，該計劃才承保您的既存病例。

樣本信 1：就基於缺乏醫學必要性的拒賠決定提出上訴

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

Consumer Name, Address, Policy #

June 1, 2011

Appeals Dept. Info

To whom it may concern:

I'm appealing your company's decision to deny payment to Dr. Wilson for the ultrasound I received on 3/14/11 – Claim number 2596BG. The reason listed on the denial is "not medically necessary."

Before I had the ultrasound, I asked Dr. Wilson's office, which is a contracted provider, how much would I have to pay out of pocket for the ultrasound. His office said I would be responsible for only a \$30 co-pay.

Attached you'll find the letter from my doctor describing:

- Why he found it medically necessary to perform the ultrasound
- The chart notes from my office visit
- The recommendation I have this ultrasound
- A recent article explaining how standard ultrasounds are for situations like mine (high enzyme count in the liver)

Please let me know if you need any other information to review my case (via phone: 253-555-7890).

I look forward to rectifying this outstanding bill in a timely manner.

Sincerely,

John Williams
253-555-7890

樣本信 2：就以付款不足為由取消保單提出上訴

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

Consumer Name, Address, Policy #

June 15, 2011

Appeals Dept. Info

Dear Sirs:

I'm appealing your company's decision to cancel my individual policy effective June 1, which had been in force for three years. I'm kindly asking that you reinstate it.

While I understand your requirement that coverage is contingent upon timely payment of premiums, I ask that you grant an exception in this case. My employer's payroll department made an error that left me and my 29 co-workers without our direct deposit paycheck for four days. Since my health insurance premium is scheduled to be deducted from my checking account two days after I'm normally paid, there wasn't enough money in my account to cover the \$624 bill.

Please note this has never happened before. I have a letter from my company's Human Resources Director certifying this payroll error did occur and that it took four days to correct.

I look forward to hearing your decision to my request for reinstatement as soon as possible, and would be grateful for any room you could give this first-time error.

Sincerely,

Charles Johnson
Contact/phone info.

樣本信 3：請求到網路外提供者處診治

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

Consumer Name, Address, Policy #

June 5, 2011

Appeals Dept. Info

Dear Sirs:

I'm appealing your company's decision to deny my request for a second opinion from a provider outside of your network.

I understand my current policy is not obligated to pay for this, but I would like to request an exception. Before I start any treatment, I'd like to be confident that:

- 1) The type of cancer was correctly identified in my first diagnosis.
- 2) The course of treatment recommended will be effective in treating my cancer.
- 3) There is no other kind of treatment out there that is less invasive and therefore preferred.

I'd like to obtain an opinion from Dr. Miller – a renowned specialist in this type of cancer who is located in Seattle and isn't in my plan's network.

When I requested a second opinion on June 2, your account manager Dawn Jones told me my plan would authorize a second opinion from a provider within my covered network only. I do not believe this will be adequate since I live in Spokane, and I have already seen the one and only provider in the area who has experience treating this rare cancer. To consult with a second specialist will require a visit out of network.

I understand that my health plan will pay for treatment administered by my in-network provider only. This is a request for authorization to obtain only a second opinion from an out-of-network provider.

Thank you for your consideration of this request for an exception.

Sincerely,

Alexis Tate
Contact/phone info

樣本信 4：就基於醫療環境的拒賠提出上訴

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

Consumer Name, Address, Policy #

May 8, 2011

Appeals Dept. Info

Dear Sirs:

I'm appealing your company's decision to deny my request for in-home health care of my daughter. Not only does her doctor believe this is the best treatment option for her, but more importantly, this treatment is also a right guaranteed to her by the Washington Administrative Code.

Included in this appeal, you'll find:

4. The written treatment plan from my daughter's attending physician;
5. A supporting letter from the same physician analyzing the costs of hospitalization vs. in-home health care; and
6. A copy of WAC 284-96-500, the regulation requiring coverage for in-home health care.

Please review this appeal and let me know if you need any more information. I look forward to hearing from you.

Sincerely,

Margaret Smythe
Contact/phone info

樣本信 5：就拒付實驗治療費用提出上訴

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

Consumer Name, Address, Policy #

May 8th, 2011

Appeals Dept. Info

Dear Sirs:

I'm appealing your company's decision to deny payment for the arthroscopic surgery I had on March 28, 2011, which was performed by one of your contracted surgeons, Dr. Andrew Shah.

Upon receiving the Explanation of Benefits in the mail on April 19, 2011, I called your customer service number and spoke with Ruth C. who told me the plan denied it because the only approved treatment for my diagnosis was open hip surgery. Hearing this, I called my provider who assured me the arthroscopic surgery is a safer and less-expensive treatment than open surgery. He also said he's had no problem receiving payment for nine other patients insured by your company.

If you've paid for this less invasive and less expensive procedure nine other times, I would ask you to continue with this precedent and pay for mine as well.

Included in this appeal is:

- A letter from Dr. Shah explaining why he chose this treatment over the open hip surgery. He also cites several publications establishing this treatment as the current accepted procedure.
- A letter from my physical therapist explaining how my recovery time was significantly less than those of other patients who had the open hip surgery.
- A copy of my file with your company, where it appears you authorized this surgery for Dr. Shah on March 16.

Please review this appeal and let me know if you need anything else to consider this request. I look forward to hearing from you directly as soon as possible.

Sincerely,

Robin Brown

Email: robin.brown@abc.com

請求第一層級 (內部) 審查的樣本信範本

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

[Your name]

[Your address]

[Date]

[Address of your health plan's appeal department]

RE: [Name of the Insured]

Plan ID #: [123]

Claim #: [456]

To Whom It May Concern:

I'm requesting a review of your denial for [coverage, pre-authorization, or other] of the treatment prescribed by my medical provider [Dr___] on [date].

The reason for the denial was listed as [___], but in reviewing the most current version of my plan summary, my provider and I believe [___] should be covered.

At this point in your letter, you should customize the message to your particular situation and include only relevant facts. This is your opportunity to tell them a little about "what" happened, and a lot of "why" you think it should be covered. Short factual statements are more likely to win your appeal than letters that are long and full of emotion or commentary not relevant to the issue/claim.

If you're providing a lot of documents, tell them in this letter what is included, and in what order you've arranged the items. If appropriate, use a table of contents.

Once you state your case, let them know where they can reach you if they need more information.

I look forward to your direct response as soon as possible.

Sincerely,

[Your name]

[Contact Info]

請求外部審查的樣本信範本

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

[Your name]

[Your address]

[Date]

[Address of your health plan's appeal department]

RE: [Name of the Insured]

Plan ID #: [123]

Claim #: [456]

To Whom It May Concern:

I'm requesting an external review by an independent review organization (IRO) of the final internal adverse benefit determination I received on [date], which is included with this appeal.

I filed my internal appeal on [date], in response to [for example, a procedure I received at the advice of my primary care doctor, which you did not consider to be medically necessary]. Your review board returned their ruling, upholding the original decision to not cover this claim.

[After requesting the external review, this place in the letter is usually a good point to include anything that has come to your attention since you filed your first appeal. For example, "In the process of filing an internal appeal, I learned that my primary physician was granted prior approval for my procedure as documented in the notes included in this appeal." Again, keep it fact-based, and to the point.]

I look forward to your direct response as soon as possible.

Sincerely,

[Your name]

Contact info

索取醫療保險計劃做出決定所用文件的樣本信範本

注：此信被翻譯成中文讓您知道需要包括什麼內容。假如您想用中文撰寫上訴信，我們建議您查詢您的保險公司，看他們是否接受英文以外的語言提出上訴。

[Your name]

[Your address]

[Date]

[Address of your health plan's appeal department]

RE: [Name of the Insured]

Plan ID #: [123]

Claim #: [456]

To Whom It May Concern:

I'd like to request you send all of the following to me [*ask for only what you don't already have*]:

- 1) A detailed description of why my claim was denied
- 2) A written statement of the clinical rationale for the decision
- 3) Instructions for how to obtain the clinical review criteria used to make the determination
- 4) All notes your company made in my file
- 5) A description of what you need to overturn the denial

My provider and I will need these as we prepare to appeal your determination on the claim referenced above.

I look forward to your direct response as soon as possible.

Sincerely,

[Your name]

Contact info