

PACE 參與者申訴和上訴流程

仁愛中心的所有成員都對您的照護以及您對所接受服務的滿意度負有共同的責任。我們的申訴程序旨在讓您或您的代表表達您的任何疑慮或不滿，以便我們能夠及時有效地處理這些問題。您也有權對任何拒絕、減少或停止您認為屬於承保範圍之內的服務，或支付您認為我們需要支付的服務費用的決定提出上訴。

本章中的資訊描述了我們的申訴和上訴流程。無論您何時需要申訴或上訴，我們都可以為您提供協助。如果您不會說英語，我們將配備雙語工作人員或提供翻譯服務。

您絕不會因為提出申訴或上訴而受到歧視或報復，也不必擔心受到歧視或報復。仁愛中心將在申訴或上訴過程中持續為您提供所有必要的服務。您的申訴或上訴資訊將在整個申訴或上訴過程中嚴格保密，且僅向授權人員揭露您的申訴或上訴相關資訊。

申訴程序

申訴是一種投訴，以書面或口頭形式提出，表達您對所提供服務或護理品質的不滿，無論您是否要求採取任何措施。申訴可能發生在您與仁愛中心之間，也可能發生在您與透過 PACE 計畫的其他服務提供者之間。您將在註冊時以及之後至少每年收到一次有關申訴流程的書面資訊。申訴項目可能包括但不限於：

- 您在家中、PACE 中心或住院期間（醫院、復健機構、專業護理機構、中級護理機構或居家護理機構）所接受的服務品質；
- 在電話、候診室或檢查室的等待時間；
- 任何照護提供者或計畫工作人員的行為；
- 中心設施的充足性；
- 所提供食品的品質；
- 交通服務；
- 您的權利受到侵害；以及
- 任何 PACE 中心工作人員、簽約醫療服務提供者和/或簽約醫療服務提供者工作人員的歧視。

提交申訴

您、您的家人或照顧者，或您指定的代表均可提出申訴。以下資訊描述了提交申訴的流程。

1. 您可以親自或透過電話與您就診中心的 PACE 計畫工作人員，或任何與仁愛中心簽約的服務提供者（包括您的司機）以及在家中照顧您的服務提供者進行口頭討論。如果您與簽約服務提供者討論您的申訴，他們會將您的投訴詳情告知仁愛中心的工

作人員。該工作人員將確保記錄您的申訴。您需要提供完整的申訴訊息，以便相關工作人員能夠及時有效地回覆並協助您解決申訴。如果您希望以書面形式提交申訴，請將書面申訴寄至：

Quality Department
Center for Elders' Independence
510 17th Street, Oakland, CA 94612
Fax: 510-452-8836

雖然沒有強制要求，但您可以索取一份申訴報告表，用於提交書面申訴。

您或你的家人也可以致電 510-433-1150 聯絡我們的服務品質部門，尋求申訴方面的協助或查看申訴狀態。聽力障礙人士 (TTY/TDD) 請撥打 510-433-1165。我們的服務品質部門將協助您提交申訴。您也可以造訪我們的網站 cei.elders.org，以取得申訴流程的資訊。

2. 收到您申訴的工作人員將在問題原因尚不清楚的情況下協調調查，並對您的申訴進行調查，以找到解決方案並採取適當行動。所有與您的申訴相關的資訊將被嚴格保密，包括在適當情況下向其他仁愛中心工作人員和簽約服務提供者揭露的資訊。請注意，如果您不希望收到申訴解決通知，請在提出申訴時告知仁愛中心。仁愛中心仍會進行調查，但會記錄您的意願，不會再向您發送任何通知。
3. 仁愛中心將在申訴過程中繼續為您提供所有必要的服務。
4. 仁愛中心工作人員將根據您的案件需要盡快採取行動解決您的申訴，但最遲不得晚於收到您的申訴後三十 (30) 個日曆日。

解決申訴

1. 仁愛中心將根據您的案件要求盡快通知您申訴解決結果，但最遲不得晚於申訴解決之日起三 (3) 個日曆日。
2. 仁愛中心將根據您的選擇，以口頭或書面通知您。與護理品質相關的申訴除外，我們總是會以書面通知您申訴解決結果。
3. 仁愛中心提供的通知將包括您的申訴摘要、我們為調查該申訴所採取的步驟、調查結果、我們為解決問題已採取或將要採取的行動，以及您可以預料這些行動何時會實施。

申訴審查選項

1. 如果您對解決方案不滿意，請告知我們，以便我們繼續努力，找到一個您可以接受的解決方案
2. 您也可以選擇撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 提出與您的護理品質或服務提供相關的投訴。
3. 如果您擁有 Medicare 醫療保險，並且您的申訴與 Medicare 承保的服務相關，您、您的家人或護理人員，或您指定的代表有權向品質改進組織 (QIO) 提交書面投訴。如果您向 QIO 提交投訴，仁愛中心必須配合他們解決投訴。如果您已向仁愛中心提交申訴，此資訊也將包含在您收到的解決方案通知中，作為您可用的附加選項。
4. 如果仁愛中心無法提供令人滿意的解決方案，您有權向加州衛生保健服務部提出申訴，聯絡方式如下：

Health Consumer Alliance
Medicare Medi-Cal Ombudsman Program
www.healthconsumer.org
Telephone: 1-888-804-3536
TTY: 1-877-735-2929

居家健康專線

如果您對仁愛中心的家庭健康服務有任何疑問或擔憂，我們建議您先與您的社工或中心主任溝通。不過，請注意，加州設立了一個保密的免費電話號碼，用於接收有關家庭健康服務的諮詢或投訴。電話號碼是：東灣 866-247-9100，週一至週五，上午 9:00 至下午 5:00。

申訴流程

如果仁愛中心決定不承保或不支付您想要的服務，您可以採取行動改變我們的決定。您採取的行動 - 無論是口頭還是書面 - 被稱為「申訴」。對於我們拒絕、減少或停止您認為屬於承保範圍的服務，或支付您認為我們需要支付的服務費用的任何決定，您都有權提出申訴。

您將在註冊時、之後至少每年一次以及跨學科團隊拒絕服務請求或支付服務費用時收到申訴流程的書面訊息。

標準和加速上訴流程：上訴流程分為兩種：標準和加速。下文將分別介紹這兩種流程。

如果您申請**標準上訴**，則必須在您的服務要求或服務付款請求被拒絕、減少或停止之日起一百八十 (180) 個日曆日內提出上訴。該日期將顯示在服務行動通知或付款請求通知上。

(如有正當理由, 180 天的期限可能會延長。) 我們將根據您的健康狀況盡快回覆您的上訴, 但最遲不得晚於收到您的上訴後的三十 (30) 個日曆日。

如果您認為, 如果沒有所需的服務, 您的生命、健康或康復或保持健康的能力將受到威脅, 您或任何主治醫生可以申請**加速上訴**。我們將根據您的健康狀況盡快自動對您的上訴做出決定, 但最遲不得晚於收到您的加急上訴請求後的七十二 (72) 小時。如果您要求延期, 或者我們向加州衛生保健服務部證明需要更多資訊以及延期對您有何好處, 我們可能會將此時間範圍延長至十四 (14) 個日曆日。

注意: 如果您擁有 Medi-Cal 保險, 並且您提出申訴的原因是仁愛中心決定減少或停止您正在接受的服務, 您可以選擇要求繼續接受有爭議的服務, 直至申訴流程完成。如果我們維持最初減少或停止服務的決定, 您可能需要承擔申訴流程期間提供的有爭議服務的費用。

如果您或您的代表希望提出上訴, 以下資訊描述了您或您的代表應遵循的上訴流程:

1. 如果仁愛中心拒絕您或您的代表所申請的服務或服務付款, 或減少或停止您已在接受的服務, 您可以對該決定提出上訴。我們將向您和/或您的代表發送書面通知, 解釋拒絕您的服務請求或付款請求的原因, 您還將收到口頭通知。
2. 您可以透過口頭、親自或電話提出上訴, 也可以以書面形式向您所在的 PACE 中心工作人員提出上訴。工作人員將確保向您提供有關上訴流程的書面信息, 並確保您的上訴得到妥善記錄。您需要提供完整的上訴訊息, 以便相關工作人員能夠及時有效地幫助您解決上訴問題。如果需要更多信息, 您的中心主任或社工將與您聯繫, 並協助您獲取缺失的信息。
3. 如果您希望透過電話提出申訴, 您可以在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電我們的品質部門 510-433-1150 索取申訴表格和/或尋求申訴協助。聽力障礙人士 (TTY/TDD) 請撥打 510-433-1165。
4. 如果您希望以書面形式提交申訴, 請向工作人員索取申訴表格。請將您的書面申訴提交給您的中心主任或社工。

Concord: 1465 Civic Court, Concord, CA 94520
East Oakland: 7200 Bancroft Ave., Suite 188, Oakland, CA 94605
San Leandro: 1850 Fairway Drive, San Leandro, CA 94577
Temescal: 3901 Broadway, Oakland, CA 94611
Tri-Valley: 2441 Constitution Drive, Livermore, CA 94551
West County: 3645 San Pablo Dam Road, El Sobrante, CA 94803

Quality Department

Center for Elders' Independence
510 17th Street Oakland, CA 94612

5. 對於標準申訴，我們將在五 (5) 個工作天內向您發送書面申訴收據。對於加速申訴，我們將在一 (1) 個工作天內透過電話或當面通知您或您的代表已收到加速申訴請求。
6. 仁愛中心決定的複議將由一位未參與初始決策過程的人員在與跨學科團隊協商後進行，該人員與您的申訴結果無關。您和任何協助您申訴的人員均可當面或以書面形式提交相關事實和/或證據以供審查。
7. 仁愛中心完成對您的申訴的審查後，將以書面通知您和您的代表對您的申訴之決定。如有需要，並根據決定結果，如果決定對您不利，仁愛中心將告知您和您的代表，您可能擁有的其他申訴權利。請參考以下資訊：

您的上訴決定：

如果我們的裁決完全對您有利，我們有義務根據您的健康狀況盡快提供或安排服務。如果我們的付款請求裁決完全對您有利，我們有義務在收到您的上訴請求後六十 (60) 個日曆日內支付所請求的款項。

如果我們的裁決並非完全對您有利，我們將向您提供書面通知，其中應包含拒絕的具體原因、該服務為何無法改善或維持您的整體健康狀況、您對該裁決的上訴權利，以及您透過 Medicare 或 Medi-Cal 計劃享有的外部上訴權利（請參閱下文的「其他上訴權利」）。我們還必須通知聯邦醫療保險和醫療補助服務中心以及加州衛生保健服務部。

Medi-Cal 和 Medicare 下的額外申訴權利

如果由仁愛中心所做的決定對您不利，您擁有額外的申訴權利，即外部申訴權利。外部申訴是指透過 Medicare 或 Medi-Cal 計劃對您的申訴請求進行新的、公正的審核。如果您同時參加了 **Medicare 和 Medi-Cal**，您可以選擇您希望使用的申訴流程。如果您不確定您參加了哪個計劃，請諮詢我們。我們可以解釋這兩個流程的區別，以及哪種流程更合適。外部申訴只能向其中一個（Medicare 或 Medi-Cal）提出，但不能同時向兩者提出。如果您願意，我們也可以將您的申訴轉交給適當的外部計畫進行審核。

以下敘述 Medicare 和 Medi-Cal 的外部申訴流程。

Medi-Cal 外部申訴流程

Medi-Cal 計劃透過州聽證程序進行下一階段的申訴。

如果您同時參加了 Medicare 和 Medi-Cal，或者只參加了 Medi-Cal，並選擇使用 Medi-Cal 的外部申訴流程對我們的決定提出申訴，我們將把您的申訴提交給加州社會服務部。在申訴過程中的任何時間，您都可以透過以下方式申請州聽證：

California Department of Social Services State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430
Telephone: 1-800-952-5253
Fax: (916) 229-4410
TTY: 1-800-952-8349

如果您選擇申請州聽證會，則必須在第三方審查員作出決定之日起九十 (90) 個日曆日內提出申請。

如果該決定不利於您的上訴，您可以進行更高級別的上訴，我們將協助您進行上訴。

Medicare 外部上訴流程

Medicare 計劃與「獨立審查實體」(IRE) 簽訂了合同，以對涉及 PACE 計劃的上訴進行外部審查。該審查實體完全獨立於我們的 PACE 組織。

如果您同時參加了 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 計劃，或者僅參加了 **Medicare**，並選擇使用 Medicare 的外部上訴流程對我們的決定提出上訴，我們將把您的上訴提交給 IRE，以進行公正的審查。您必須在內部上訴公正審查員作出決定之日起六十 (60) 個日曆日內向 IRE 提交書面複議申請。IRE 將與我們聯繫，告知其審查結果。IRE 要麼維持原來的決定，要麼改變決定並做出對您有利的裁決。

如需了解有關申訴流程的更多資訊或索取表格，請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 (510) 433-1150 或 TTY/TDD (510) 433-1165，或聯絡仁愛中心服務品質部，地址為 510 17th Street, Oakland, CA 94612。