



日期_____

尊敬的幫助熱線來電者：

感謝您致電 Community Health Advocates (CHA) 尋求網絡外保險承保方面的協助。CHA 是一個非營利組織，致力於協助紐約居民獲得、保有並善用健康保險。

您最近曾致電我們尋求協助，因為您的保險公司對網絡外醫療服務的報銷比例偏低。首先，您應知悉，**您有權提出上訴**。上訴並不難。只需依照以下簡單步驟操作：

1. 確定您的健保計劃如何設定網絡外報銷比例。

請閱讀附件「**確定您的計劃網絡外報銷比例的小技巧**」，以獲得更多協助。

2. 撰寫您的上訴信。

只需填寫隨附的範本即可。

3. 保存一份副本以作記錄。

4. 將上訴信寄送給您的計劃。

5. 透過 <http://www.dfs.ny.gov/consumer/fileacomplaint.htm> 向 New York 州財政服務部提出投訴，或透過 <http://www.ag.ny.gov/health-care/file-a-complaint> 向 New York 州總檢察長辦公室提出投訴

請一併寄送您在上訴中提交的所有相關文件副本，以支援您的投訴。

請保留您寄送給計劃的所有文件副本，並記錄寄出日期。**但您應該迅速採取行動**，因為上訴時間有限。

若您有任何疑問，請致電我們的幫助熱線，電話：888-614-5400。請務必說明您曾來電過，以便我們能夠查看有關您個案的所有資訊。

謹致，
CHA 幫助熱線團隊

確定您的計劃網絡外報銷比例的小技巧

某些保險計劃雖然承保網絡外醫療服務，但實際報銷金額可能會低於醫生收費。在您針對您的保險計劃為網絡外護理支付的金額提出爭議前，瞭解您的計劃如何設定報銷比例是很有幫助的。以下是幾個實用小技巧。

1. 查閱您的計劃文件。

您的「承保證明」、「合約」或「計劃說明摘要」中包含有關您的計劃如何設定付款的說明。您的計劃是否支付網絡外提供者服務費用？如果支付，他們如何計算支付金額？計劃通常會聲明他們支付一定比例的網絡外護理費用。例如，他們可能會支付「允許金額」的 80%。

2. 確定您的計劃如何設定「允許金額」。

計劃確定「允許金額」有幾種可能的方式。

- 有些計劃根據 **Medicare 費率** 確定允許金額。這意味著他們根據 Medicare 支付的服務費用來確定允許金額。
- 有些計劃根據 **一般與慣常費率** 來確定允許金額。這意味著他們根據您所在地區的醫療服務提供者的服務收費資料來確定報銷比例。
- 有些計劃根據 **費用一覽表** 來確定允許金額。這意味著他們有自己的服務及各項服務費用清單。

3. 確定您的計劃為您計算的報銷比例是否正確。

當您瞭解您的計劃如何設定「允許金額」後，請進行核對以確保他們為您的個案計算的金額正確。

- 如果您的計劃聲稱使用 **Medicare 費率**，您可以在線上資料庫 Fair Health（網址為 <http://www.fairhealthconsumer.org/>）中查詢 Medicare 費率或一般與慣常費率。
- 如果您的計劃聲稱使用 **費用一覽表**，您可以要求您的計劃提供其費用一覽表或您所接受服務的報銷比例。

然後，套用您的計劃聲稱的支付比例。例如，如果您的計劃聲稱支付允許金額的 80%，並且根據一般與慣常費率確定允許金額，則您可計算查詢到的一般與慣常費率的 80%。

4. 如果您的計劃支付的金額少於應付金額，請向您的計劃提出上訴。

使用附上的上訴信範本撰寫上訴信。

5. 如果您的計劃正確付款後仍欠有差額，請與醫療服務提供者協商。

請醫生或醫療機構對您所欠的差額提供折扣。

有疑問？請致電 Community Health Advocates 幫助熱線 (888)614-5400

CHA 是一項免費計劃，旨在幫助紐約居民獲得、保有並善用健康保險。

根據 Medicare 費率或一般與慣常費率確定網絡外報銷比例的範本信函

[Your Name]
[Your Address]

[Insurance Plan's Address]
[You can find this on your denial notice, in your benefits book, or by calling your plan.] [Date]

回覆： [Name of Person Whose Claim Was Denied]
ID： [Insert Your Health Plan Identification Number]
出生日期： [Insert Person Whose Claim Was Denied Date of Birth]
賠付編號： [You can find this on your explanation of benefits or denial letter.]
服務日期： [This should also be on documents from your plan or your bill.]
醫療服務提供者： [Name of doctor and/or hospital]

致有關人士：

我希望就上述醫療服務的網絡外報銷比例提出上訴。計劃目前的報銷比例過低。

我的保單顯示，網絡外報銷比例基於[一般與慣常費率 or Medicare 費率] 計算。計劃的報銷金額低於我的保單規定的標準。¹

根據以上資訊，我的網絡外報銷金額不足，因此應予提高報銷金額。

感謝您對此事的及時關注。如有任何疑問，請與我聯絡，電話： [your phone number]。

謹致，

[Your Name]

抄送： New York 州總檢察長辦公室
New York 州財政服務部

¹對於在緊急情況下提供的任何服務，計劃必須向網絡外提供者償付以下三者中最高的金額：(1) 計劃對類似網絡內服務的支付標準；(2) 計劃用於非緊急網絡外服務的標準支付公式；或 (3) Medicare 費率。45 CFR § 147.138(b)(3)(2011)。