

Tại Health Net Community Solutions (Health Net), chúng tôi thật sự quan tâm đến những quan ngại của quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định, quý vị hoặc người khác có thể nộp Đơn kháng cáo về dịch vụ bị từ chối. Quý vị có thể nộp Đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với sự chăm sóc hoặc điều trị mà quý vị nhận được.

Chúng tôi phải có sự đồng ý bằng văn bản của quý vị nếu Nhà cung cấp của quý vị hoặc người mà quý vị chọn thay mặt quý vị nộp đơn Kháng cáo hoặc Khiếu nại. Chúng tôi sẽ phải cần sự đồng ý bằng văn bản của quý vị để lấy hồ sơ y khoa liên quan đến Kháng cáo hoặc Khiếu nại của quý vị. Quý vị có thể liên hệ với Ban Dịch vụ hội viên của Health Net bằng cách gọi đến số 1-800-675-6110 hoặc truy cập [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) để lấy những mẫu đơn này.

- Mẫu đơn của người đại diện được ủy quyền
- Mẫu phát hành hồ sơ y khoa

Quý vị vui lòng gửi kèm theo mọi giấy tờ hoặc thông tin liên quan đến Kháng cáo hoặc Khiếu nại của quý vị. Quý vị có thể chọn bất kỳ cách nào sau đây để gửi Kháng cáo hoặc Khiếu nại.

- Gọi cho Ban Dịch vụ hội viên của Health Net theo số 1-800-675-6110. Dịch vụ ngôn ngữ luôn sẵn sàng hỗ trợ nếu quý vị cần.
- 711 (TTY) dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn
- Hoàn thành biểu mẫu Kháng cáo hoặc Khiếu nại trực tuyến tại: [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)
- Điền vào mẫu đơn này và gửi qua đường bưu điện hoặc fax

**Đường bưu điện:** Health Net Community Solutions  
Attn: Member Appeals and Grievance Department  
PO Box 10348  
Van Nuys, CA 91410-0348

*Hoặc*

**Fax # 1-877-831-6019**

Tài liệu dành cho hội viên có sẵn ở các định dạng khác như chữ nổi Braille, bản in khổ lớn, tệp âm thanh, v.v.

# Mẫu đơn Kháng cáo hoặc Khiếu nại dành cho Hội viên



| Phần 1: Thông tin hội viên |                            |            |
|----------------------------|----------------------------|------------|
| Họ và tên:                 | Số ID:                     | Ngày sinh: |
|                            |                            |            |
| Địa chỉ:                   | Thành phố:                 | Mã ZIP:    |
|                            |                            |            |
| Số điện thoại:             | Thời gian tốt nhất để gọi: |            |
|                            |                            |            |

| Phần 2: Thông tin về Kháng cáo hoặc Khiếu nại |   |
|---|---|
| Tên nhà cung cấp:                             | (Các) ngày cung cấp dịch vụ/xảy ra vụ việc: |
|   |   |
| (Các) số yêu cầu thanh toán:                  | (Các) số tham chiếu:                        |
|   |   |

Hãy cho chúng tôi biết (các) mối quan ngại và hành động mà quý vị mong muốn. Bao gồm: Tên Nhà cung cấp, (các) ngày cung cấp dịch vụ, (các) số yêu cầu thanh toán hoặc số tham chiếu.

Đối với Kháng cáo: Đính kèm một bản sao của Thư Thông báo hành động.

## Mẫu đơn Kháng cáo hoặc Khiếu nại dành cho Hội viên



Quý vị có thể yêu cầu hội chẩn nếu quý vị bị từ chối điều trị hoặc được cung cấp vật tư dưới dạng thử nghiệm và mắc bệnh nan y.

Tôi bị bệnh nan y và yêu cầu được hội chẩn.

### Phần 3: Thông tin quý vị cần biết

Quý vị có 60 ngày theo lịch kể từ Thư Thông báo hành động để nộp đơn Kháng cáo. Thông báo hành động là một bức thư chính thức mà chúng tôi cho quý vị biết rằng chúng tôi sẽ từ chối, trì hoãn, thay đổi hoặc chấm dứt (các) dịch vụ. Khiếu nại có thể được gửi đi bất cứ lúc nào.

Hãy yêu cầu duyệt xét nhanh nếu Kháng cáo hoặc Khiếu nại của quý vị liên quan đến mối đe dọa trực tiếp hoặc nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị. Chúng tôi sẽ xem xét Kháng cáo hoặc Khiếu nại của quý vị trong vòng 72 giờ kể từ thời điểm nhận được.

Quý vị sẽ nhận được thư trong năm (5) ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được Kháng cáo hoặc Khiếu nại của quý vị.

Nhân viên tại Health Net phụ trách trường hợp của quý vị có thể trao đổi với quý vị để biết thêm thông tin.

Hãy liên hệ với DMHC hoặc DHCS nếu quý vị không hài lòng với cách Health Net giải quyết mối quan ngại của mình.

### **Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe California (DMHC)**

Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe California chịu trách nhiệm về quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, trước tiên quý vị cần gọi điện thoại đến chương trình bảo hiểm sức khỏe theo số **(1-800-675-6110, TTY:711)** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi liên lạc với Sở. Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này không cấm bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp sửa chữa tiềm năng nào có thể có sẵn cho quý vị. Nếu quý vị cần hỗ trợ về khiếu nại liên quan đến trường hợp cấp cứu, khiếu nại không được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc khiếu nại vẫn chưa được giải quyết trong hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi cho Sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện được Duyệt xét y khoa độc lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn cho Duyệt xét y khoa độc lập (IMR), quy trình Duyệt xét y khoa độc lập (IMR) sẽ cung cấp đánh giá khách quan về các quyết định y tế được chương trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, quyết định về bảo hiểm đối với các phương pháp điều trị có tính chất thí nghiệm hoặc mang tính nghiên cứu và các tranh chấp về thanh toán cho trường hợp cấp cứu hoặc dịch vụ y tế khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn phí **(1-888-466-2219)** và đường dây TDD **(1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web trên internet của sở **[www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)** có mẫu than phiền, mẫu đơn Duyệt xét y khoa độc lập (IMR) và hướng dẫn trực tuyến.

**Văn phòng Giám sát viên thuộc Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe California (DHCS)**

Quý vị cũng có thể gọi cho Văn phòng Giám sát viên thuộc Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe California (DHCS) để được trợ giúp. Văn phòng Giám sát viên hỗ trợ những người thụ hưởng Medi-Cal sử dụng đầy đủ các quyền và trách nhiệm của mình với tư cách là hội viên của chương trình chăm sóc được quản lý. Để tìm hiểu thêm, hãy gọi đến số điện thoại miễn cước **1-888-452-8609**.

**Phần 4: Chữ ký**

Chữ ký của Hội viên hoặc Người đại diện được ủy quyền

Ngày

Viết in tên Hội viên hoặc Người đại diện được ủy quyền

**English:** If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

**Arabic:** إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم (1-800-675-6110 (TTY: 711) تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

**Armenian:** Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, գանգահարեք 1-800-675-6110 (TTY: 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

**Cambodian:** ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាទម្រង់ PDF សម្រាប់អ្នកពិការ និងឯកសារព្រីនជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

**Chinese:** 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电1-800-675-6110 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如无障碍 PDF 和大字版文档。这些服务免费为您提供。

**Farsi:** اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس‌پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

**Hindi:** यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

**Hmong:** Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

**Japanese:** ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

**Korean:** 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

**Laotian:** ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

**Mien:** Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-800-675-6110 (TTY: 711). JomcCaux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buac Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

**Punjabi:** ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Russian:** Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

**Spanish:** Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

**Tagalog:** Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyang ito.

**Thai:** หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

**Ukrainian:** Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1 800 675 6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

**Vietnamese:** Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.

Health Net tuân thủ các luật dân quyền hiện hành của Tiểu bang và Liên bang và không phân biệt đối xử, loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ khác biệt vì chủng tộc, màu da, quốc tịch, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tinh thần, tình trạng khuyết tật thể chất, giới tính (bao gồm cả tình trạng mang thai, khuynh hướng tình dục và bản dạng giới), tôn giáo, tổ tiên, nhận dạng nhóm dân tộc, tình trạng sức khỏe, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân hoặc giới tính.

#### Health Net:

- Cung cấp trợ giúp và các dịch vụ miễn phí cho những người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ
  - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in khổ lớn, âm thanh, các định dạng điện tử có thể truy cập và các định dạng khác)
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người mà ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, như:
  - Thông dịch viên có trình độ
  - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác
  - Nếu quý vị cần những dịch vụ này, vui lòng liên hệ với Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số 1-800-675-6110 (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày mỗi tuần, 365 ngày mỗi năm.

Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi Braille, bản in khổ lớn, băng ghi âm hoặc tài liệu điện tử. Để nhận được bản sao bằng một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi điện thoại hoặc gửi thư tới:

Health Net

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103

Customer Contact Center 1-800-675-6110 (TTY: 711)

Tiếp âm California 711

Nếu quý vị cho rằng Health Net đã không thể cung cấp những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, quốc tịch, độ tuổi hoặc giới tính (bao gồm cả tình trạng mang thai, khuynh hướng tình dục và bản dạng giới), tình trạng khuyết tật tinh thần, tình trạng khuyết tật thể chất, tôn giáo, tổ tiên, nhận dạng nhóm dân tộc, tình trạng sức khỏe, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân hoặc giới tính, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tới Điều phối viên 1557.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp, qua đường bưu điện, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp nộp đơn khiếu nại, **Điều phối viên 1557** của chúng tôi sẵn sàng trợ giúp.

- Qua điện thoại: Gọi số 855-577-8234 (TTY: 711)
- Qua fax: 1-866-388-1769
- Bằng văn bản: Viết thư và gửi đến Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631

Bằng phương tiện điện tử: Gửi email đến [SM\\_Section1557Coord@centene.com](mailto:SM_Section1557Coord@centene.com) Thông báo này có trên trang web của Health Net: [https://www.healthnet.com/content/healthnet/en\\_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html](https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html)

Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền về dân quyền cho Văn phòng Đặc trách Dân quyền thuộc Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe của Tiểu bang California qua điện thoại, gửi thư hoặc bằng phương tiện điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số 916-440-7370. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe rõ, vui lòng gọi số 711.
- Bằng văn bản: Điền thông tin vào mẫu đơn than phiền hoặc viết thư và gửi đến địa chỉ Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413.  
Đơn than phiền sẵn có tại [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)
- Bằng phương tiện điện tử: Gửi email đến địa chỉ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền về dân quyền với Văn phòng Đặc trách Dân quyền thuộc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ bằng phương thức điện tử thông qua Cổng thông tin Than phiền của Văn phòng Đặc trách Dân quyền tại địa chỉ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc qua đường bưu điện hay gọi điện đến số:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Mẫu đơn than phiền được đăng tải tại <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.