

**ĐƠN KHIẾU NẠI/ HẠN PHIÊN CỬ HỘI VIÊN**

Ngày: \_\_\_\_\_

**Xin vui lòng viết in tất cả thông tin.****Thông tin về người nộp đơn than phiền:**\_\_\_\_\_  
Tên ( ) Số điện thoại nơi làm việc ( ) Số điện thoại nhà riêng\_\_\_\_\_  
Địa chỉ Thành phố Tiểu bang Mã zip**Tên của (những) người liên quan đến người nộp đơn than phiền:**\_\_\_\_\_  
Tên #: Số ID\_\_\_\_\_  
Tên #: Số ID\_\_\_\_\_  
Tên #: Số ID**Tính chất của than phiền:** [Chọn tất cả các tùy chọn áp dụng]

Tiếp thị  Khó hiểu ghi danh  Lập hồ sơ đơn cho hội viên  
 Chất lượng  Vận chuyển  Khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc  
 Chăm sóc khách hàng cấp  Thái độ của nhân viên  Ủy quyền

Khác: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Triển bày vấn đề:** Ngày xảy ra: \_\_\_\_\_ Địa điểm: \_\_\_\_\_Tên nhà cung cấp \_\_\_\_\_  
Mô tả chi tiết vấn đề /than phiền:\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sử dụng mặt sau của mẫu này nếu cần thêm khoảng trống.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của hội viên\_\_\_\_\_  
Ngày

(hoặc chữ ký của phụ huynh trong trường hợp hội viên là trẻ em hoặc mất năng lực)

## TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

**HỘI VIÊN:** Vui lòng cung cấp tên và số điện thoại của bất kỳ nhà cung cấp nào có thể đã điều trị bệnh cho quý vị mà là đối tượng của khiếu nại này.

**Tất cả các Hồ sơ y khoa được thu thập sẽ được giữ bảo mật nghiêm ngặt và chỉ được sử dụng để xem lại đơn khiếu nại của quý vị.**

THEO ĐÂY TÔI CHO PHÉP VÀ YÊU CẦU (CÁC) NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE ĐƯỢC LIỆT KÊ TRÊN ĐÂY TIẾT LỘ BẤT KỲ VÀ TẤT CẢ CÁC HỒ SƠ Y KHOA CHO HEALTH NET ĐỂ HỖ TRỢ SỰ CẦN THIẾT VỀ MẶT Y TẾ CHO ĐỐI TƯỢNG TRONG ĐƠN KHIẾU NẠI NÀY:

**CHỮ KÝ:** \_\_\_\_\_ **NGÀY:** \_\_\_\_\_

(Nếu do người khác không phải Hội viên ký) **MỐI QUAN HỆ:** \_\_\_\_\_  
(MẸ, CHA, NGƯỜI GIÁM HỘ)

Nếu quý vị có thêm bất kỳ thắc mắc hoặc cần thêm trợ giúp nào về vấn đề này, vui lòng liên lạc Ban Phục vụ Hội viên theo số miễn phí (800) 675-6110 hoặc Số TTY/TDD: (800)-431-0964. Khi hoàn thành, xin vui lòng gửi mẫu này đến: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Woodland Hills, CA 91367. Số fax: (877) 831-6019.

## **QUYỀN CỦA QUÝ VỊ THEO CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC Y TẾ CÓ QUẢN LÝ CỦA MEDI-CAL**

**NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐỒNG Ý VỚI QUYẾT ĐỊNH VỀ ĐIỀU TRỊ Y TẾ CỦA QUÝ VỊ, QUÝ VỊ CÓ THỂ NỘP ĐƠN KHÁNG CÁO. ĐƠN KHÁNG CÁO NÀY ĐƯỢC NỘP CHO HEALTHNET CỦA QUÝ VỊ.**

### **CÁCH NỘP ĐƠN KHÁNG CÁO**

Quý vị có **60 ngày** từ ngày nhận thư "Thông báo hành động" để nộp đơn kháng cáo. Tuy nhiên, **nếu hiện quý vị đang được điều trị và quý vị muốn tiếp tục được điều trị, quý vị phải yêu cầu kháng cáo trong vòng 10 ngày** kể từ ngày thư này được đóng dấu bưu điện hoặc gửi cho quý vị, HOẶC trước ngày Nhóm bác sĩ của quý vị hoặc Health Net tuyên bố chấm dứt dịch vụ. Quý vị phải cho biết rằng quý vị muốn tiếp tục được điều trị khi quý vị nộp đơn kháng cáo.

Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo qua điện thoại, bằng văn bản hoặc theo hình thức điện tử:

- Bằng điện thoại: Liên lạc với Health Net bằng cách gọi theo số (800) 675-6110. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hay nói rõ, vui lòng gọi tới Số TTY/TDD: (800)-431-0964.

- Bằng văn bản: Điền đơn kháng cáo hoặc viết thư và gửi tới:

Health Net  
Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department  
P.O Box 10348  
Woodland Hills, CA 91367

- Bằng fax tới số fax: (877) 831-6019.
- Theo hình thức điện tử: Truy cập trang web của Health Net tại: [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

Văn phòng bác sĩ của quý vị sẽ có sẵn đơn kháng cáo. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị cũng có thể gửi mẫu cho quý vị.

Quý vị có thể tự mình gửi đơn kháng cáo. Hoặc, quý vị có thể nhờ một người thân, bạn bè, người biện hộ, bác sĩ, hoặc luật sư nộp đơn kháng cáo cho quý vị. Quý vị có thể gửi bất kỳ loại thông tin nào mà quý vị muốn chương trình bảo hiểm sức khỏe duyệt xét. Một bác sĩ khác với bác sĩ đã đưa ra quyết định đầu tiên sẽ xem xét đơn kháng cáo của quý vị.

Health Net sẽ cung cấp câu trả lời cho quý vị trong vòng 30 ngày. Vào thời điểm đó, quý vị sẽ nhận được thư "Thông báo về giải quyết kháng cáo". Thư này sẽ cho quý vị biết về quyết định của Health Net. **Nếu quý vị không nhận được thư trong vòng 30 ngày, quý vị có thể:**

- Yêu cầu "**Duyệt xét y khoa độc lập**" (IMR) và một người duyệt xét bên ngoài không liên quan tới chương trình bảo hiểm sức khỏe sẽ xem xét trường hợp của quý vị.
- Yêu cầu tiến hành "**Phiên điều trần cấp tiểu bang**" và thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của quý vị

Vui lòng đọc mục bên dưới để biết hướng dẫn về cách thức yêu cầu IMR hoặc Phiên điều trần cấp tiểu bang.

### **KHÁNG CÁO KHẨN CẤP**

Nếu quý vị cho rằng việc chờ 30 ngày sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của mình, quý vị có thể nhận câu trả lời trong vòng 72 giờ. Khi quý vị nộp đơn kháng cáo, hãy cho biết lý do tại sao việc chờ đợi sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của quý vị. Đảm bảo rằng quý vị yêu cầu một "**kháng cáo khẩn cấp.**"

### **NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐỒNG Ý VỚI QUYẾT ĐỊNH KHÁNG CÁO**

Nếu quý vị đã nộp đơn kháng cáo và nhận được một thư "Thông báo về giải quyết kháng cáo" cho quý vị biết chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị sẽ vẫn không cung cấp các dịch vụ, hoặc **quý vị chưa bao giờ nhận được thư thông báo cho quý vị về quyết định và đã qua 30 ngày**, quý vị có thể:

- Yêu cầu tiến hành "**Duyệt xét y khoa độc lập**" (viết tắt trong tiếng Anh là IMR) và một người duyệt xét bên ngoài không liên quan tới chương trình bảo hiểm sức khỏe sẽ xem xét trường hợp của quý vị

- Yêu cầu tiến hành “**Phiên điều trần cấp tiểu bang**” và thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của quý vị

**Quý vị có thể yêu cầu cả IMR và Phiên điều trần cấp tiểu bang cùng một lúc.** Quý vị cũng có thể yêu cầu thực hiện một trong hai phương án trước để xem liệu phương án đó có thể giải quyết vấn đề của quý vị trước không. Ví dụ, nếu quý vị yêu cầu tiến hành IMR trước, nhưng không đồng ý với quyết định đó thì sau đó quý vị vẫn có thể yêu cầu tiến hành Phiên điều trần cấp tiểu bang. Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu tiến hành Phiên điều trần cấp tiểu bang trước, nhưng phiên điều trần đã diễn ra, quý vị không thể yêu cầu tiến hành IMR. Trong trường hợp này, Phiên điều trần cấp tiểu bang có quyết định cuối cùng.

Quý vị sẽ không phải trả phí cho IMR hay Phiên điều trần cấp tiểu bang.

### **DUYỆT XÉT Y KHOA ĐỘC LẬP (VIẾT TẮT TRONG TIẾNG ANH LÀ IMR)**

Nếu quý vị muốn tiến hành IMR, trước tiên quý vị phải nộp đơn kháng cáo với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị không nhận được phản hồi từ chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trong vòng 30 ngày, hoặc nếu quý vị không hài lòng với quyết định của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị thì quý vị có thể yêu cầu tiến hành IMR. Quý vị phải yêu cầu tiến hành IMR trong vòng **180 ngày** từ ngày nhận thư "Thông báo về giải quyết kháng cáo".

**Quý vị có thể được tiến hành IMR ngay mà không cần nộp đơn kháng cáo trước. Đây là các trường hợp sức khỏe của quý vị đang gặp nguy hiểm tức thì hoặc yêu cầu đã bị từ chối do biện pháp điều trị được coi là thử nghiệm hoặc nghiên cứu.**

Đoạn dưới đây sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về cách yêu cầu IMR. Lưu ý rằng thuật ngữ "khiếu nại" đang nói đến cả "than phiền" và "kháng cáo".

Bộ Quản trị 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 hết quý vị cần gọi điện thoại cho Health Net theo số **(800) 675-6110** và sử dụng thủ tục khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi liên lạc với Bộ. Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này không cấm bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp sử dụng chuyên 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 Bộ để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện được Duyệt xét y khoa độc lập (viết tắt trong tiếng Anh là IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện cho IMR, thủ tục 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 quyền lợi bảo hiểm đối với các phương pháp điều trị có tính chất thử 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. Bộ cũng có số điện thoại miễn phí **(1-888-HMO-2219)** và đường dây TDD **(1-877-688-9891)** cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web trên Internet của Bộ (<http://www.hmohelp.ca.gov>) có mẫu than phiền, mẫu đơn IMR và hướng dẫn trực tuyến.

### **PHIÊN ĐIỀU TRẦN CẤP TIỂU BANG**

Nếu quý vị muốn tiến hành Phiên điều trần cấp tiểu bang, quý vị phải yêu cầu trong vòng **120 ngày** từ ngày nhận thư "Thông báo về giải quyết kháng cáo". Quý vị có thể yêu cầu tiến hành Phiên điều trần cấp tiểu bang bằng cách gọi điện thoại hoặc bằng văn bản:

- Bằng điện thoại: Hãy gọi **1-800-952-5253**. Số này có thể đang rất bận. Quý vị có thể nhận tin nhắn để gọi lại sau. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe rõ, vui lòng gọi **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
- Bằng văn bản: Vui lòng điền mẫu Phiên điều trần cấp tiểu bang hoặc gửi thư đến:

**California Department of Social Services**  
**State Hearings Division**  
**P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37**  
**Sacramento, CA 94244-2430**

Đảm bảo ghi rõ tên, địa chỉ, số điện thoại, Số an sinh xã hội của quý vị và lý do quý vị muốn tiến hành Phiên điều trần cấp tiểu bang. Nếu có người nào đó giúp quý vị yêu cầu Phiên điều trần cấp tiểu bang, vui lòng ghi thêm tên, địa chỉ, số điện thoại của họ vào mẫu đơn hoặc thư. Nếu quý vị cần thông dịch viên, vui lòng cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị sử dụng. Quý vị sẽ không phải trả phí cho thông dịch viên. Chúng tôi sẽ tìm cho quý vị.

Sau khi quý vị yêu cầu tiến hành Phiên điều trần cấp tiểu bang, có thể mất lên đến 90 ngày để quyết định trường hợp của quý vị và gửi cho quý vị câu trả lời. Nếu quý vị nghĩ rằng việc chờ đợi lâu sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của quý vị, quý vị có thể có câu trả lời trong vòng 3 ngày làm việc. Hãy yêu cầu bác sĩ hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị viết thư cho quý vị. Thư này phải giải thích chi tiết việc chờ một thời gian đến 90 ngày để giải quyết trường hợp của quý vị sẽ gây nguy hiểm trầm trọng như thế nào đến tính mạng, sức khỏe của quý vị hoặc khả năng đạt được, duy trì hay phục hồi chức năng tối a của quý vị. Sau đó, hãy yêu cầu tiến hành "**phiên điều trần khẩn cấp**" và cung cấp thư này cùng với đơn yêu cầu phiên điều trần của quý vị.

Quý vị có thể tự mình phát ngôn tại Phiên điều trần cấp tiểu bang. Hoặc, quý vị có thể nhờ một người thân, bạn bè, người biện hộ, bác sĩ, hay luật sư phát ngôn thay quý vị. Nếu quý vị muốn một người khác phát ngôn thay cho quý vị, thì quý vị phải thông báo cho văn phòng Phiên điều trần cấp tiểu bang để cho phép người đó phát ngôn thay cho quý vị. Người này được gọi là "đại diện được ủy quyền."

### **HỖ TRỢ PHÁP LÝ**

Quý vị có thể được hỗ trợ miễn phí về mặt pháp lý. Gọi *[name and telephone number of the county's consumer rights hotline]*. Quý vị cũng có thể gọi Hội trợ giúp pháp lý địa phương tại quận của quý vị theo số 1-888-804-3536.