



Department of Managed Health Care (Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý) California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu có than phiền về chương trình bảo hiểm sức khỏe, trước tiên quý vị nên gọi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình theo số **1-888-936-7526 (TTY 711)** và sử dụng quy trình than phiền của chương trình bảo hiểm sức khỏe trước khi liên hệ với sở. Việc sử dụng thủ tục than phiền này không làm mất đi bất kỳ quyền hoặc biện pháp khắc phục theo pháp luật nào mà quý vị có thể được hưởng. Nếu quý vị cần được hỗ trợ giải quyết than phiền liên quan đến trường hợp cấp cứu, than phiền chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc than phiền kéo dài quá 30 ngày mà chưa được giải quyết, quý vị có thể gọi điện đến sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện yêu cầu IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp đánh giá khách quan về các quyết định y tế do 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, các quyết định về việc chi trả bảo hiểm cho phương pháp điều trị có tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh cãi về việc thanh toán liên quan đến dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp.



Sở cũng có số điện thoại miễn cước **(1-888-466-2219)** và đường dây hỗ trợ Thiết Bị Viễn Thông Dành Cho Người Khiếm Thính (TDD) **(1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web của sở **www.dmhc.ca.gov** có mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Theo điều 1367.043 Bộ Luật Y Tế và An Toàn cũng như hướng dẫn từ Department of Managed Health Care (Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý) và Department of Health Care Services (Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe), Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe đã cập nhật mẫu đơn than phiền nhằm phản ánh tốt hơn các quyền của quý vị. Quý vị có quyền nộp đơn than phiền nếu quý vị cảm thấy nhân viên hoặc nhà cung cấp của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe không đối xử với quý vị theo cách khẳng định bản dạng giới của quý vị hoặc nếu quý vị bị từ chối dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế, dịch vụ chăm sóc khẳng định giới tính hoặc dịch vụ chăm sóc hòa nhập cho người chuyển giới. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc tôn trọng, mang tính hòa nhập và công bằng cho tất cả hội viên. Ý kiến của quý vị rất quan trọng và chúng tôi khuyến khích quý vị chia sẻ các mối lo ngại của mình để chúng tôi có thể tiếp tục cải thiện dịch vụ chăm sóc cũng như các dịch vụ chúng tôi cung cấp.



Tên Hội Viên _____
Họ _____ Tên _____ Tên Đệm Viết Tắt _____

Địa Chỉ Hội Viên _____ Số Điện Thoại _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Zip _____

ID Hội Viên _____ Ngày Sinh _____ Giới Tính _____

Tên Bác Sĩ Chăm Sóc Chính _____

Kháng Cáo

Quý vị muốn kháng cáo gì? (Liệt kê vật dụng/dịch vụ/thuốc bị từ chối/hoãn/sửa đổi)

Quý vị bị từ chối vào thời điểm nào? (Liệt kê ngày bị từ chối.
Quý vị có thể dùng ngày trên thư NOA)

Tại sao quý vị lại kháng cáo? (Liệt kê lý do tại sao điều này cần thiết về mặt y tế đối với quý vị)



Vui lòng liệt kê mọi hồ sơ quý vị gửi kèm với biểu mẫu này:
(chẳng hạn như bản sao ghi chú của bác sĩ hoặc ảnh chụp
X-quang)

Quý vị đã thử các cách (Thuốc/Phương Pháp Điều Trị) khác
chưa? ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị trả lời “có”, vui lòng giải thích:

Quý vị có cần hỗ trợ ngôn ngữ không? ☐ Có ☐ Không

Ngôn ngữ: _____

Quyền của Quý Vị

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
 (“Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe”) sẽ gửi hướng dẫn giải
 quyết kháng cáo cho tôi trong vào 30 ngày kể từ khi nhận được
 kháng cáo này.

- Tôi hợp tác trên cơ sở tự nguyện.
- Tôi có quyền hủy ghi danh.
- Tôi có quyền liên hệ với Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Có
 Quản Lý. Tôi có quyền yêu cầu Phiên Điều Trần Công Bằng
 Cấp Tiểu Bang (chỉ dành cho hội viên Medi-Cal).

Chữ Ký _____ Ngày _____



Tôi cho phép Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe xem: hồ sơ y tế; hồ sơ yêu cầu bảo hiểm; hoặc các hồ sơ khác. Những hồ sơ này sẽ được sử dụng để phục vụ kháng cáo.

Chữ Ký _____ Ngày _____

Quý vị có muốn bác sĩ nộp đơn kháng cáo thay cho quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị trả lời “Có”: Tôi cho phép bác sĩ của mình
_____ (Nêu tên bác sĩ)
nộp đơn kháng cáo thay mặt tôi.

Chữ Ký _____ Ngày _____

Có ai hỗ trợ quý vị hoàn thành biểu mẫu này không?

☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị trả lời “Có”:

Tên _____ M ối Quan Hệ _____

Địa Chỉ _____ Số Điện Thoại _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Zip _ _____

Chữ Ký _____ Ngày _____

QUYỀN CỦA QUÝ VỊ TRONG CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC CÓ QUẢN LÝ MEDI-CAL

Nếu vẫn không đồng ý với quyết định này, quý vị có thể:

- Yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập và một đơn vị duyệt xét bên ngoài không liên quan đến chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị sẽ xem xét trường hợp của quý vị.
- Yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang và một thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của quý vị.

Quý vị có thể yêu cầu đồng thời cả Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập và Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Quý vị cũng có thể yêu cầu thực hiện một trong hai thủ tục này trước để xem có giải quyết được vấn đề hay không. Ví dụ: nếu quý vị yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập trước, nhưng không đồng ý với quyết định duyệt xét, quý vị vẫn có thể yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang sau. Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang trước

và thủ tục này đã diễn ra, quý vị không thể yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập được nữa. Trong trường hợp này, quyết định tại Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang sẽ là quyết định chính thức.

Quý vị không mất phí khi yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập hoặc Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

DUYỆT XÉT Y KHOA ĐỘC LẬP

Nếu muốn tiến hành Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập, quý vị phải yêu cầu thủ tục này trong vòng 180 ngày kể từ ngày đề trên thư Thông Báo Giải Quyết Kháng Cáo. Đoạn văn bên dưới cung cấp thông tin về cách yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập.¹ Lưu ý rằng thuật ngữ “than phiền” dùng để chỉ cả “khiếu nại” và “kháng cáo”.

¹ Điều 1368.02(b) Bộ Luật Y Tế và An Toàn (HSC).

Quý vị có thể tra cứu HSC tại:

<http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/home.xhtml>.

“California Department of Managed Health Care (Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California) chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu có than phiền về chương trình bảo hiểm sức khỏe, trước tiên quý vị nên gọi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình theo số **(1-888-936-7526)** và sử dụng quy trình than phiền của chương trình bảo hiểm sức khỏe trước khi liên hệ với sở. Việc sử dụng thủ tục than phiền này không làm mất đi bất kỳ quyền hoặc biện pháp khắc phục theo pháp luật nào mà quý vị có thể được hưởng. Nếu quý vị cần được hỗ trợ giải quyết than phiền liên quan đến trường hợp cấp cứu, than phiền chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc than phiền kéo dài quá 30 ngày mà chưa được giải quyết, quý vị có thể gọi điện đến sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện yêu cầu IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp đánh

giá khách quan về các quyết định y tế do 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, các quyết định đòi hỏi cho phương pháp điều trị có tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu, và các tranh cãi về thanh toán liên quan đến dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn cước **(1-888-466-2219)** và đường dây TDD **(1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web của sở **www.dmhc.ca.gov** có biểu mẫu khiếu nại, biểu mẫu đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.”

PHIÊN ĐIỀU TRẦN CẤP TIỂU BANG

Nếu muốn mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, quý vị phải yêu cầu trong vòng 120 ngày kể từ ngày đề trên thư Thông Báo Giải Quyết Kháng Cáo. Tuy nhiên, nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe vẫn cung cấp cho quý vị (các) dịch vụ đang bị tranh cãi (Tiếp Tục Nhận Quyền Lợi Trong Thời Gian Chờ)

trong thời gian chương trình giải quyết kháng cáo và quý vị muốn tiếp tục (các) dịch vụ này cho đến khi có quyết định từ Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, quý vị phải yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang trong vòng 10 ngày kể từ ngày đề trên thư Thông Báo Giải Quyết Kháng cáo này. Mặc dù chương trình bảo hiểm sức khỏe bắt buộc phải áp dụng chính sách Tiếp Tục Nhận Quyền Lợi Trong Thời Gian Chờ khi quý vị yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang theo cách này, nhưng quý vị vẫn nên thông báo cho chương trình bảo hiểm sức khỏe biết rằng quý vị muốn Tiếp Tục Nhận Quyền Lợi Trong Thời Gian Chờ cho đến khi có quyết định từ Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Quý vị có thể gọi điện đến Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan theo số **1-888-936-PLAN (7526)** từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nghe hoặc nói, vui lòng gọi đến số **711 (TTY)**.

Quý vị có thể yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang theo những cách sau:

- Qua trang web **www.cdss.ca.gov**
- Qua điện thoại: Gọi số **1-800-743-8525**. Số điện thoại này có thể sẽ thường xuyên bận. Quý vị có thể sẽ nhận được thông báo yêu cầu gọi lại sau. Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nghe hoặc nói, vui lòng gọi số TTY/TDD **1-800-952-8349**.
- Qua thư: Điền thông tin vào biểu mẫu yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang hoặc viết thư. Gửi biểu mẫu hoặc thư qua đường bưu điện hoặc gửi fax tới địa chỉ

Đường bưu điện:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, CA 94244-2430

Fax: **1-916-309-3487** hoặc số điện thoại miễn cước **1-833-281-0903**

Biểu Mẫu Yêu Cầu Mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang được đính kèm thư này. Quý vị hãy nhớ ghi tên, địa chỉ, số điện thoại, Số An Sinh Xã Hội và/hoặc Mã Số Nhận Dạng Doanh Nghiệp (CIN) và lý do mà quý vị muốn mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Nếu người khác hỗ trợ quý vị yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, hãy ghi cả tên, địa chỉ và số điện thoại của họ vào biểu mẫu này hoặc thư. Nếu quý vị cần thông dịch viên, hãy thông báo cho State Hearings Division (Phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang) biết ngôn ngữ mà quý vị sử dụng. Dịch vụ thông dịch viên được cung cấp hoàn toàn miễn phí cho quý vị. State Hearings Division (Phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang) sẽ bố trí cho quý vị một thông dịch viên. Nếu quý vị là người khuyết tật, State Hearings Division (Phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang) có thể thực hiện các điều chỉnh đặc biệt hoàn toàn miễn phí để giúp quý vị tham gia phiên điều trần. Quý vị vui lòng cung cấp thông tin về tình trạng khuyết tật và hình thức điều chỉnh mà quý vị cần.

Sau khi quý vị yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, có thể mất tới 90 ngày để đưa ra quyết định về trường hợp của quý vị và gửi kết quả. Nếu cho rằng việc chờ đợi trong thời gian dài như vậy sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của quý vị, quý vị có thể nhận được quyết định trong vòng 3 ngày. Quý vị hãy yêu cầu bác sĩ hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe viết thư thay mặt quý vị. Nội dung thư phải giải thích chi tiết rằng thời gian đưa ra quyết định về trường hợp của quý vị lên đến 90 ngày có thể ảnh hưởng nặng nề như thế nào đến cuộc sống, sức khỏe hoặc khả năng quý vị đạt được, duy trì hoặc phục hồi chức năng tối đa. Trong trường hợp đó, quý vị phải yêu cầu mở Phiên Điều Trần Xử Lý Gấp và gửi kèm thư chứng minh với yêu cầu mở phiên điều trần.

Quý vị có thể tự phát biểu trong Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Hoặc quý vị cũng có thể cho người khác như người thân, bạn bè, người hỗ trợ, bác sĩ hay luật sư phát biểu thay. Nếu muốn người khác phát biểu thay, quý vị phải thông báo cho State

Hearings Division (Phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang) rằng người đó được phép phát biểu thay cho quý vị. Người này được gọi là Người Đại Diện Được Ủy Quyền.

TRỢ GIÚP PHÁP LÝ

Quý vị có thể được trợ giúp pháp lý miễn phí. Gọi cho Điều Phối Viên Bảo Vệ và Xử Lý Khiếu Nại Của Người Tiêu Dùng theo số **1-800-952-5210**. Quý vị cũng có thể gọi điện đến Legal Aid Society (Tổ Chức Trợ Giúp Pháp Lý) địa phương tại quận của quý vị theo số **1-888-804-3536**.