

## THÔNG BÁO HÀNH ĐỘNG

Về Yêu cầu Nhận Điều trị của Quý vị

<Date>

<Member's Name>

<Address>

<City, State Zip>

<Treating Provider's Name>

<Address>

<City, State Zip>

Mã số: <Reference Number>

V/v: <Service requested>

<Name of requesting provider> đã yêu cầu <IPA> chấp thuận cho <Service requested>.

Yêu cầu này bị từ chối. Điều này là do <Insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity>.

Quý vị có thể nhận các bản sao miễn phí của tất cả thông tin được sử dụng để đưa ra quyết định này. Để yêu cầu các bản sao, vui lòng gọi <IPA> theo số <IPA phone number>.

Quý vị có thể kháng nghị quyết định này. Thư thông tin về “Các Quyền của Quý vị” được đính kèm sẽ cho quý vị biết cách thực hiện. Thư cũng cho quý vị biết làm thế nào quý vị có thể nhận được sự giúp đỡ miễn phí. Đây có thể là trợ giúp pháp lý miễn phí. Quý vị có thể gửi bất kỳ thông tin nào có thể giúp ích cho trường hợp của quý vị. Thư về “Các Quyền của Quý vị” cho quý vị biết ngày cuối cùng quý vị có thể yêu cầu kháng nghị.

“Văn phòng Thanh tra” của Tiểu bang về Chăm sóc có Quản lý Medi-Cal có thể giúp quý vị giải đáp mọi thắc mắc. Quý vị có thể gọi cho họ theo số 1-888-452-8609. Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp từ Bác sĩ của mình hoặc gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên của IEHP theo số 1-800-440-IEHP (4347), Thứ Hai–Thứ Sáu, 7 giờ sáng–7 giờ tối và Thứ Bảy–Chủ Nhật, 8 giờ sáng–5 giờ chiều. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-718-4347.

Thư này không thay đổi dịch vụ chăm sóc Medi-Cal khác của quý vị.

<Medical Director's Name>

Gửi kèm: “Quyền của Quý vị trong chương trình Chăm sóc có Quản lý của Medi-Cal”

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

---

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐỒNG Ý VỚI QUYẾT ĐỊNH MÀ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM Y TẾ ĐƯA RA VỀ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ CỦA QUÝ VỊ, QUÝ VỊ CÓ THỂ YÊU CẦU KHÁNG NGHỊ QUYẾT ĐỊNH CỦA CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM Y TẾ CỦA MÌNH.

LÀM THẾ NÀO ĐỂ TÔI YÊU CẦU KHÁNG NGHỊ?

Quý vị có 60 ngày kể từ ngày nhận được thư Thông báo Hành động này để yêu cầu kháng nghị tiêu chuẩn hoặc cấp tốc. Nếu chương trình bảo hiểm y tế của quý vị quyết định giảm bớt, tạm dừng hoặc chấm dứt (các) dịch vụ mà quý vị đang nhận, thì quý vị có thể tiếp tục nhận (các) dịch vụ đó cho đến khi kháng nghị của quý vị được đưa ra quyết định. Đây được gọi là Viện trợ Đã thanh toán Chờ giải quyết (Aid Paid Pending). Để đủ điều kiện nhận Viện trợ Đã thanh toán Chờ giải quyết, quý vị phải yêu cầu chương trình bảo hiểm y tế của mình kháng nghị trong vòng 10 ngày kể từ ngày nhận được thư Thông báo Hành động này, hoặc trước ngày chương trình bảo hiểm y tế của quý vị cho biết sẽ có thay đổi đối với (các) dịch vụ của quý vị. Mặc dù chương trình bảo hiểm y tế của quý vị phải cung cấp cho quý vị Viện trợ Đã thanh toán Chờ giải quyết khi quý vị yêu cầu kháng nghị trong các thời hạn nêu trên, nhưng quý vị nên cho chương trình bảo hiểm y tế của mình biết khi quý vị yêu cầu kháng nghị rằng quý vị muốn nhận Viện trợ Đã thanh toán Chờ giải quyết cho đến khi kháng nghị của quý vị được đưa ra quyết định.

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn 10 ngày để yêu cầu kháng nghị HOẶC không yêu cầu kháng nghị trước ngày diễn ra thay đổi đối với (các) dịch vụ của quý vị, quý vị vẫn có 60 ngày kể từ ngày nhận được thư Thông báo Hành động này để yêu cầu một kháng nghị. Tuy nhiên, quý vị sẽ không nhận được Viện trợ Đã thanh toán Chờ giải quyết trong khi kháng nghị của quý vị đang được quyết định.

Quý vị có thể tự yêu cầu kháng nghị. Hoặc, quý vị có thể nhờ một người nào đó như người thân, bạn bè, người bảo vệ quyền lợi, bác sĩ hoặc luật sư để yêu cầu cho quý vị. Người này được gọi là Người đại diện Được Ủy quyền. Chương trình bảo hiểm y tế của quý vị có thể cung

cấp một biểu mẫu để quý vị xác định Người đại diện Được Ủy quyền của mình. Quý vị, hoặc Đại diện Được Ủy quyền của quý vị, có thể gửi bất cứ thứ gì quý vị muốn chương trình bảo hiểm y tế của mình xem xét để đưa ra quyết định về kháng nghị của quý vị. Một bác sĩ khác với bác sĩ đã đưa ra quyết định đầu tiên sẽ xem xét đơn kháng nghị của quý vị.

Quý vị có thể nộp đơn kháng nghị tiêu chuẩn hoặc cấp tốc qua điện thoại, bằng văn bản hoặc phương thức điện tử:

- Qua điện thoại: Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP theo số *1-800-440-IEHP (4347)*, Thứ Hai- Thứ Sáu, 7 giờ sáng-7 giờ tối, và Thứ Bảy-Chủ Nhật, 8 giờ sáng-5 giờ chiều. Nếu quý vị không thể nghe rõ hoặc diễn đạt tốt, vui lòng gọi TTY: *1-800-718-4347*.
- Qua thư gửi đường bưu điện: Điền vào mẫu đơn kháng nghị hoặc viết thư và gửi đến: IEHP Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987  
Văn phòng bác sĩ của quý vị sẽ có sẵn mẫu đơn kháng cáo. Chương trình bảo hiểm y tế của quý vị cũng có thể gửi biểu mẫu cho quý vị.
- Bằng hình thức điện tử: Truy cập trang web của chương trình bảo hiểm y tế của quý vị. Truy cập <https://www.iehp.org/>.

Khi quý vị kháng nghị, quý vị phải nêu tên chương trình của mình:

- Tên của quý vị
- Địa chỉ của quý vị hoặc địa chỉ mà chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng nghị của quý vị (nếu quý vị không có địa chỉ hiện tại, quý vị vẫn có thể kháng nghị)
- Mã số hội viên của quý vị với chương trình của quý vị
- (Các) lý do quý vị kháng nghị quyết định của chương trình
- Nếu quý vị muốn một kháng nghị tiêu chuẩn hoặc một kháng nghị nhanh. (Để kháng nghị nhanh, hãy cho chương trình của quý vị biết lý do tại sao quý vị cần.)
- Bất cứ điều gì quý vị muốn chương trình của quý vị xem xét cho thấy lý do tại sao quý vị cần dịch vụ. Ví dụ, quý vị có thể gửi cho họ:
  - Hồ sơ y tế từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị,

- Thư từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị (chẳng hạn như tuyên bố từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị cho biết lý do tại sao quý vị cần kháng nghị nhanh), hoặc
- Thông tin khác cho biết lý do quý vị cần dịch vụ

---

## KHI NÀO KHÁNG NGHỊ CỦA TÔI ĐƯỢC ĐƯA RA QUYẾT ĐỊNH?

Đối với Kháng nghị Tiêu chuẩn, chương trình bảo hiểm y tế của quý vị phải trả lời kháng nghị của quý vị bằng văn bản trong vòng 30 ngày. Nếu quý vị nghĩ rằng việc chờ đợi 30 ngày sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của mình, thì quý vị có thể nhận được quyết định sau 72 giờ. Khi quý vị yêu cầu kháng nghị với chương trình bảo hiểm y tế của mình, hãy nói lý do tại sao việc chờ đợi sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của quý vị. Đảm bảo rằng quý vị yêu cầu Kháng nghị Cấp tốc.

Đối với Kháng nghị Cấp tốc, chương trình bảo hiểm y tế của quý vị sẽ đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng nghị của quý vị và phải cố gắng thông báo bằng miệng cho quý vị về quyết định của mình. Đối với cả kháng nghị Tiêu chuẩn và Cấp tốc, chương trình bảo hiểm y tế của quý vị sẽ gửi cho quý vị một thư Thông báo về Giải quyết Kháng nghị. Thư này sẽ cho quý vị biết chương trình bảo hiểm y tế của quý vị đã quyết định như thế nào về kháng nghị của quý vị.

---

## TÔI CÓ THỂ YÊU CẦU THẨM ĐỊNH Y TẾ ĐỘC LẬP VÀ PHIÊN ĐIỀU TRẦN TIỂU BANG KHÔNG?

Thẩm định Y tế Độc lập là nơi (các) bác sĩ không liên quan đến chương trình bảo hiểm y tế sẽ xem xét trường hợp của quý vị. Phiên Điều trần Tiểu bang là nơi thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của quý vị.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình bảo hiểm y tế về (các) dịch vụ của quý vị, quý vị có thể yêu cầu kháng nghị chương trình bảo hiểm y tế của mình. Nếu quý vị vẫn không đồng ý với quyết định của chương trình bảo hiểm y tế đối với kháng nghị của mình hoặc đã ít nhất 30 ngày kể từ khi quý vị nộp đơn kháng nghị cho chương trình bảo hiểm y tế của

minh, quý vị có thể yêu cầu Thẩm định Y tế Độc lập với Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý (DMHC). Nhân viên của DMHC sẽ xác định xem vấn đề của quý vị có đủ điều kiện để được Thẩm định Y tế Độc lập hay không.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị không đủ điều kiện để yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang cho đến khi quý vị hoàn thành quy trình kháng nghị nội bộ của chương trình bảo hiểm y tế của mình lần đầu tiên. Tuy nhiên, có những lúc quý vị có thể trực tiếp yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang. Điều này có thể xảy ra nếu chương trình bảo hiểm y tế của quý vị không thông báo chính xác hoặc kịp thời cho quý vị về (các) dịch vụ của quý vị. Đây được gọi là Tình huống Đã hết cách. Dưới đây là một số ví dụ về Tình huống Đã hết cách:

- Chương trình bảo hiểm y tế không cung cấp thư Thông báo Hành động này cho quý vị bằng ngôn ngữ ưu tiên của quý vị.
- Chương trình bảo hiểm y tế đã phạm sai lầm ảnh hưởng đến bất kỳ quyền nào của quý vị.
- Chương trình bảo hiểm y tế đã không cung cấp cho quý vị thư Thông báo Hành động bằng văn bản thông báo cho quý vị về hành động dự định của họ đối với (các) dịch vụ của quý vị.
- Chương trình bảo hiểm y tế đã phạm sai lầm trong thư Thông báo về Giải quyết Kháng nghị bằng văn bản.
- Chương trình bảo hiểm y tế đã không đưa ra quyết định cho kháng nghị của quý vị trong vòng 30 ngày và gửi cho quý vị một lá thư Thông báo về Giải quyết Kháng nghị.
- Chương trình bảo hiểm y tế đã quyết định trường hợp của quý vị là khẩn cấp, nhưng không trả lời kháng nghị của quý vị trong vòng 72 giờ và gửi cho quý vị một lá thư Thông báo về Giải quyết Kháng nghị.

Đôi khi, quý vị có thể yêu cầu cả Thẩm định Y tế Độc lập và Phiên Điều trần Tiểu bang cùng một lúc. Quý vị cũng có thể yêu cầu một trong hai lựa chọn trước để xem lựa chọn nào sẽ giải quyết được vấn đề của quý vị trước. Ví dụ: nếu trước tiên quý vị yêu cầu Thẩm định Y tế Độc lập và quý vị không đồng ý với những gì đã được quyết định, quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang. Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang trước và phiên điều

trần của quý vị đã diễn ra, thì quý vị không thể yêu cầu Thẩm định Y tế Độc lập. Trong trường hợp này, Phiên Điều trần Tiểu bang là quyết định cuối cùng.

Quý vị sẽ không phải trả tiền cho Thẩm định Y tế Độc lập hay một Phiên Điều trần Tiểu bang.

---

## LÀM THẾ NÀO ĐỂ YÊU CẦU THẨM ĐỊNH Y TẾ ĐỘC LẬP?

Đoạn dưới đây cung cấp cho quý vị thông tin về cách yêu cầu Thẩm định Y tế Độc lập với DMHC.<sup>1</sup> Lưu ý rằng thuật ngữ khiếu nại đang nói về cả than phiền và kháng nghị:

“Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý California có trách nhiệm điều hành các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại về chương trình bảo hiểm y tế của mình, trước tiên quý vị nên gọi điện thoại cho chương trình bảo hiểm y tế của mình theo số 1-800-440-IEHP (4347), Thứ Hai–Thứ Sáu, 7 giờ sáng-7 giờ tối và Thứ Bảy–Chủ Nhật, 8 giờ sáng-5 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-718-4347 và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm y tế của quý vị trước khi liên hệ với sở. Sử dụng quy trình khiếu nại này không ngăn cấm bất kỳ quyền pháp lý hoặc các biện pháp khắc phục nào có thể sẵn có với quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ về khiếu nại liên quan đến một trường hợp cấp cứu, khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm y tế của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc khiếu nại đã quá 30 ngày mà vẫn chưa được giải quyết, quý vị có thể gọi cho sở để được giúp đỡ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện được Thẩm định Y tế Độc lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn cho IMR, quy trình IMR sẽ đánh giá khách quan về các quyết định y tế do chương trình bảo hiểm y tế đưa ra liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế đối với dịch vụ hoặc điều trị được đề xuất, các quyết định đòi hỏi phương pháp điều trị mang tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp thanh toán trong trường hợp cấp cứu hoặc các 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 internet của sở <http://www.dmhc.ca.gov> có các mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và các hướng dẫn trực tuyến.”

---

## LÀM THẾ NÀO ĐỂ YÊU CẦU MỘT PHIÊN ĐIỀU TRẦN TIỂU BANG

---

<sup>1</sup> Bộ luật Sức khỏe và An toàn (Health and Safety Code, HSC) Mục 1368.02(b). HSC có thể tìm kiếm tại: <http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/home.xhtml>.

---

Như đã nêu ở trên, quý vị có thể đủ Điều kiện để yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang.

Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang theo những cách sau:

- Trực tuyến tại [www.cdss.ca.gov](http://www.cdss.ca.gov)
- Qua điện thoại: Gọi số 1-800-743-8525. Số điện thoại này có thể thường rất bận. Quý vị có thể nhận được một tin nhắn để gọi lại sau. Nếu quý vị không thể nói tốt hoặc không thể nghe rõ, vui lòng gọi TTY/TDD 1-800-952-8349.
- Qua thư gửi đường bưu điện: Điền vào mẫu đơn yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang hoặc viết một lá thư: Gửi qua đường bưu điện hoặc fax tới:

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

Fax: (916) 309-3487 hoặc số miễn phí theo số 1-833-281-0903

Mẫu đơn yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang được gửi kèm với thư này. Hãy nhớ ghi tên, địa chỉ, số điện thoại, Số An sinh Xã hội và/hoặc số CIN, và lý do quý vị yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang. Nếu ai đó đang giúp quý vị yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang, hãy thêm tên, địa chỉ và số điện thoại của họ vào biểu mẫu hoặc thư đó. Nếu quý vị cần một thông dịch viên, hãy cho Bộ phận Điều trần Tiểu bang biết ngôn ngữ quý vị sử dụng. Quý vị sẽ không phải trả tiền cho thông dịch viên. Bộ phận Điều trần Tiểu bang sẽ giúp quý vị có một thông dịch viên. Nếu quý vị bị khuyết tật, Bộ phận Điều trần Tiểu bang có thể cung cấp cho quý vị phương tiện hỗ trợ miễn phí để giúp quý vị tham gia phiên Điều trần. Vui lòng ghi kèm thông tin về tình trạng khuyết tật của quý vị và phương tiện hỗ trợ quý vị cần.

Sau khi quý vị yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang, có thể mất 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 90 ngày sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của mình, quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều trần Cấp tốc. Nếu Bộ

phận Điều trần Tiểu bang chấp thuận yêu cầu Điều trần Cấp tốc của quý vị, quý vị có thể nhận được quyết định Điều trần trong vòng 3 ngày kể từ ngày họ nhận được hồ sơ trường hợp của quý vị từ chương trình bảo hiểm y tế của quý vị.

Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều trần Cấp tốc bằng cách gọi cho Bộ phận Điều trần Tiểu bang theo số điện thoại ở trên. Hoặc, quý vị có thể gửi mẫu đơn yêu cầu Điều trần Tiểu bang hoặc một lá thư đến Bộ phận Điều trần Tiểu bang. Quý vị phải giải thích việc chờ đợi tới 90 ngày để có quyết định sẽ gây tổn hại đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng đạt được duy trì chức năng tối đa của quý vị như thế nào. Quý vị cũng có thể nhận được một bức thư từ bác sĩ của quý vị để giúp trình bày lý do tại sao quý vị cần một Phiên Điều trần Cấp tốc.

Quý vị có thể tự mình phát biểu tại Phiên Điều trần Tiểu bang. Hoặc, quý vị có thể nhờ ai đó như người thân, bạn bè, người bệnh vục, bác sĩ hoặc luật sư nói thay cho quý vị. Nếu quý vị muốn người khác phát biểu thay quý vị, thì quý vị phải ký vào một biểu mẫu thông báo cho Bộ phận Điều trần Tiểu bang rằng người đó có thể phát biểu thay 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 *Sở các Vấn đề Người tiêu dùng của Tiểu bang theo số 1-800-952-5210*. Quý vị cũng có thể gọi cho Văn phòng Trợ giúp Pháp lý tại quận của quý vị theo số 1-888-804-3536.

## **MẪU ĐƠN YÊU CẦU PHIÊN ĐIỀU TRẦN TIỂU BANG KHI BI TỪ CHỐI CHĂM SÓC CÓ QUẢN LÝ**

Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang bằng cách gọi: **1-800-743-8525**. Người dùng **TDD**, vui lòng gọi **1-800-952-8349**. Quý vị cũng có thể yêu cầu một phiên điều trần theo những cách sau:

- Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần **TRỰC TUYẾN** tại **WWW.CDSS.CA.GOV**
- Quý vị có thể điền vào biểu mẫu này và **FAX** nó tới Bộ phận Điều trần Tiểu bang theo số **916-309-3487**
- Quý vị có thể điền vào biểu mẫu này và **GỬI EMAIL** tới **SCOPEOFBENEFIT S@DSS.CA.GOV**
- (Lưu ý: Nếu quý vị gửi mẫu đơn qua email, *vui lòng hiểu rằng có nguy cơ một người nào đó không phải là Bộ phận Điều trần Tiểu bang có thể chặn email của quý vị. Vui lòng cân nhắc sử dụng một phương thức an toàn hơn để gửi yêu cầu của quý vị.*)
- Quý vị cũng có thể **GỬI QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN** Yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang này tới:

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

*Để được trợ giúp miễn phí việc điền vào biểu mẫu này, quý vị hãy gọi đến số điện thoại trợ giúp pháp lý được liệt kê trong Thông báo 'Quyền của Quý vị' được đính kèm*

*Tôi không đồng ý với quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của tôi. Nêu rõ phương pháp điều trị, thuốc, thiết bị hoặc dịch vụ mà bác sĩ yêu cầu. Tôi không đồng ý vì:*

---

---

---

---

(Nếu quý vị cần thêm chỗ để viết, hãy sử dụng một tờ giấy khác và đính kèm nó vào tờ giấy này.)

**VUI LÒNG CUNG CẤP THÔNG TIN NÀY VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG (Đây là người đã được tôi xác nhận là người thụ hưởng)**

**TÊN:** \_\_\_\_\_

**NGÀY SINH:** \_\_\_\_\_

**ĐỊA CHỈ (Nơi quý vị có thể nhận thư):** \_\_\_\_\_

**SỐ ĐIỆN THOẠI:** \_\_\_\_\_

Quý vị có cho phép chúng tôi liên lạc với quý vị qua email không? [  ] CÓ [  ] KHÔNG

Nếu Có, **ĐỊA CHỈ EMAIL** của quý vị là gì: \_\_\_\_\_

Vui lòng cung cấp Số **Thẻ BIC Medi-Cal** và/hoặc Số An sinh Xã hội nếu quý vị có: \_\_\_\_\_

Quý vị có Straight Medi-Cal (**Trả Phí theo Dịch vụ**) hoặc Chăm sóc có **Quản lý** không?

\_\_\_\_\_

Nếu là Chăm sóc có **Quản lý**, tên của **CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM Y TẾ** của quý vị là gì:

\_\_\_\_\_

**VUI LÒNG TRẢ LỜI MỌI CÂU HỎI DÀNH CHO NGƯỜI THỤ HƯỞNG**

Bác sĩ của tôi đã yêu cầu quyền lợi cho sức khỏe này vào ngày này: \_\_\_\_\_

Chương trình bảo hiểm y tế đã từ chối quyền lợi cho sức khỏe này vào ngày này: \_\_\_\_\_

Tôi đã kháng nghị vụ việc lên Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe:

CÓ [  ] Vào ngày nào? \_\_\_\_\_ KHÔNG [  ]

Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe đã đưa ra câu trả lời cho kháng nghị:

CÓ [  ] Vào Ngày nào? \_\_\_\_\_ KHÔNG [  ]

Quý vị có yêu cầu kháng nghị cấp tốc với Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe (72 Giờ) không? [  ] CÓ [  ] KHÔNG

Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe có đưa ra quyết định kháng nghị trong 72 Giờ không? [  ] CÓ [  ] KHÔNG

**TÔI CẦN ĐIỀU NÀY CHO PHIÊN ĐIỀU TRẦN CỦA TÔI (Đánh dấu vào các Ô này nếu phù hợp với quý vị):**

- Tôi cần một Phiên Điều trần Cấp tốc vì tình huống của tôi là khẩn cấp.** Trường hợp của tôi phải được quyết định rất nhanh và tôi không thể đợi đến 90 ngày. Đây là những gì sẽ xảy ra nếu không có một quyết định nhanh chóng:

---

---

---

**GIẢI THÍCH TẠI SAO QUÝ VỊ KHÔNG THỂ CHỜ ĐỢI CHO ĐẾN 90 NGÀY.** Nếu quý vị không giải thích, hồ sơ của quý vị sẽ không được giải quyết nhanh và sẽ được sắp xếp vào lịch bình thường. Quý vị có thể gửi kèm một thư từ bác sĩ hoặc chương trình của mình để trình bày lý do tại sao quý vị không thể chờ đợi.

- Các Dịch vụ được Tiếp tục / Viên Trợ Đã thanh toán Chờ giải quyết:** Xin vui lòng tiếp tục việc điều trị của tôi cho đến khi Thẩm phán đưa ra quyết định cho trường hợp của tôi. (Mô tả phương pháp điều trị mà quý vị muốn tiếp tục và cho biết ngày nào chương trình đã dừng hoặc dự định dừng phương pháp đó):

---

---

- Tôi muốn có một Thông dịch viên Miễn phí.** Ngôn ngữ hoặc phương ngữ của tôi là: \_\_\_\_\_

- Tôi bị khuyết tật và muốn có một phương tiện trợ giúp hợp lý để giúp tôi tham gia phiên điều trần của mình.** (Những) phương tiện hỗ trợ tôi muốn là:

---

---

- Tôi muốn người khác phát biểu thay tôi (đại diện cho tôi) tại phiên điều trần.** Cô ấy/anh ấy có thể xem hồ sơ y tế của tôi liên quan đến phiên điều trần này và đến tham dự phiên điều trần. Người tôi đã chọn để nói thay cho tôi là:

Tên: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Chữ ký của tôi: \_\_\_\_\_ Ngày hôm nay: \_\_\_\_\_

**GỬI MẪU ĐƠN NÀY CÙNG MỘT BẢN SAO CỦA THƯ (THÔNG BÁO VỀ GIẢI QUYẾT KHÁNG NGHỊ) MÀ QUÝ VỊ NHẬN ĐƯỢC TỪ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM Y TẾ CỦA QUÝ VỊ NẾU QUÝ VỊ CÓ. (NẾU QUÝ VỊ MUỐN CÓ BẢN SAO CỦA MẪU ĐƠN NÀY CHO MÌNH, HÃY SAO CHÉP NÓ TRƯỚC KHI GỬI.)**