

BÁO CÁO KHIẾU NẠI
(KHÔNG thuộc hồ sơ y tế của người tham gia)

Tên Người Tham Gia: _____ On Lok PACE Số: _____ Trung Tâm/Đội Ngũ: _____
Tên họ Tên gọi

Ngày On Lok PACE tiếp nhận khiếu nại: _____

Tên người trợ giúp người tham gia nộp đơn khiếu nại này: _____

- Người đại diện của người tham gia
- Nhân viên On Lok PACE
- Trung Tâm Trợ Giúp thuộc Sở Phụ trách các Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Quản lý của California (California Department of Managed Health Care, DMHC)

Nếu là người đại diện của người tham gia, xin cho biết quan hệ với người tham gia: _____

Xin mô tả đầy đủ về khiếu nại đó. (Bao gồm ngày xảy ra sự việc, địa điểm xảy ra sự việc, (những) người liên quan, các bước đã được thực hiện để giải quyết khiếu nại, và các câu trích dẫn trực tiếp khi có thể). Nếu quý vị cần thêm khoảng trống, xin đính kèm thêm các trang giấy.

Chữ ký của người báo cáo khiếu nại: _____ Ngày: _____

- Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị phân biệt đối xử, vui lòng xác định yếu tố mà những hành động phân biệt đối xử được dựa vào (xin đánh dấu tất cả những chọn lựa phù hợp):
 Chủng Tộc Màu Da Nguồn Gốc Quốc Gia Khác (xin nêu cụ thể): _____
- Người tham gia đã được thông tin về quyền được yêu cầu trợ giúp hoàn tất Báo Cáo Khiếu Nại từ Sở Phụ trách các Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Quản lý của California và đã nhận được thông tin bằng văn bản về quy trình khiếu nại. Có thể yêu cầu trợ giúp bằng cách liên lạc Sở Phụ trách các Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Quản lý của California theo số 1-888-466-2219.

Ngay sau khi báo cáo được hoàn thành, vui lòng chuyển báo cáo và bất kỳ trang bổ sung nào đến Ban Dịch vụ Chương trình Bảo Hiểm Sức khỏe của On Lok.

QUAN TRỌNG: Nếu bạn cần trợ giúp với biểu mẫu này, yêu cầu hỗ trợ ngôn ngữ hoặc muốn nộp đơn khiếu nại qua điện thoại, vui lòng gọi cho Ban Dịch vụ Chương trình Bảo Hiểm Sức số 415-292-8895 hoặc số điện thoại miễn phí 1-888-996-6565 (TTY: 711). Bạn cũng có thể liên hệ với chúng tôi qua email tại memberservices@onlok.org hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại www.onlok.org/PACE để nộp đơn khiếu nại hoặc nhận thông tin về quy trình khiếu nại của chúng tôi. Trợ giúp có sẵn từ 8:30 sáng-5:00 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.

Quy Trình Khiếu Nại của Sở Phụ trách các Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Quản lý của California

Sở Phụ trách các Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Quản lý của California có trọng trách đặt quy chế và kiểm soát các chương trình bảo hiểm y tế. Nếu quý vị có khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm của quý vị, trước hết quý vị nên liên lạc với chương trình bảo hiểm của quý vị tại số **415-292-8895** hoặc **1-888-996-6565** và lập thủ tục khiếu nại với chương trình bảo hiểm của quý vị trước khi quý vị liên lạc đến Sở Phụ trách các Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Quản lý của California. Tiến hành thủ tục khiếu nại này sẽ không làm quý vị bị thiệt thòi về bất cứ quyền lợi luật pháp nào, hay làm cho quý vị bị mất đi những quyết định hay giải pháp thuận lợi về phúc lợi y tế dành cho quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để khiếu nại về phúc lợi của một trường hợp chăm sóc khẩn cấp, hoặc quý vị cần được giúp đỡ để khiếu nại của quý vị đã không được chương trình bảo hiểm sức khỏe giải quyết một cách thỏa đáng, hoặc quý vị cần được giúp đỡ về khiếu nại của quý vị đã quá 30 ngày mà vẫn chưa được giải quyết, quý vị có thể liên lạc với Sở Phụ trách các Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Quản lý của California để được giúp đỡ. Ngoài ra, quý vị có thể hội đủ điều kiện để lập thủ tục Tái xét Y khoa Độc lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện để được tái xét qua thủ tục IMR, thủ tục IMR này sẽ tái xét một cách khách quan những quyết định y khoa do chương trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra, và những quyết định này hoặc liên quan đến nhu cầu cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ y tế hay phương pháp trị liệu được đề nghị, hoặc liên quan đến việc đòi hỏi cho những phương pháp điều trị có tính cách thí nghiệm hoặc điều tra, hoặc quyết định về những tranh chấp về tiền thanh toán cho những dịch vụ chăm sóc cấp cứu hay chăm sóc khẩn cấp. Sở Phụ trách các Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Quản lý của California có thiết lập một đường dây điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và một đường dây điện thoại TDD (**1-877-688-9891**) dành cho người khiếm thính. Trang mạng của Bộ Phụ trách các Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe tại <http://www.dmhc.ca.gov> cung cấp trực tuyến mẫu đơn khiếu nại và bản chỉ dẫn điền đơn, mẫu đơn lập thủ tục IMR và bản chỉ dẫn.

For On Lok PACE Staff Use Only:

On Lok PACE staff member who received the grievance: ___ Health Plan Services Dept. ___ Social Worker ___ Other
Report received by the On Lok PACE staff member identified above: Date _____

- Health Plan Services Department notified of the grievance by telephone or e-mail: Date _____
- Health Plan Services Department telephoned acknowledgment of receipt to the participant (within 5 calendar days): Date _____ Time _____
- Health Plan Services Department sent a written acknowledgment to the participant (within 5 calendar days): Date _____
- Chief Medical Officer is notified of the grievance concerning medical care or urgent grievance: Date _____ Time _____
- Contract Manager for the Department of Health Care Services (DHCS) is notified of the grievance: Date _____ Time _____

Thirty calendar days from the day that the grievance was received, either:

- The grievance has been resolved. The Chief Medical Officer or the Senior Director of Health Plan Services has sent a report describing the problem's resolution, the basis for the resolution, and the review process if dissatisfaction continues to the participant and/or the participant's representative. *OR*
- The grievance is pending. A report with a brief explanation of the reasons for the delay has been sent to the participant and/or the participant's representative and the Contract Manager for the DHCS.

Expedited Review: Grievance involves an imminent and serious threat to the health of the participant

- The participant and/or the participant's representative are immediately notified by telephone of the receipt of the request for an expedited review.
- The participant and/or the participant's representative are notified of their right to notify the DHCS, the DMHC, and the Department of Social Services of the grievance.
- No later than 3 days from receipt of the grievance, a written statement of the final disposition or pending status of the grievance is sent to the participant and/or the participant's representative, the DHCS, and the DMHC.