

THÔNG TIN CHO NGƯỜI THAM GIA VỀ QUY TRÌNH KHÁNG CÁO

Khi On Lok PACE có quyết định sẽ không đài thọ hoặc thanh toán cho một dịch vụ quý vị muốn, quý vị có thể kháng cáo để thay đổi quyết định của chúng tôi. Kháng cáo mà quý vị thực hiện — dù bằng lời nói hay bằng văn bản — được gọi là “**kháng kiện**”. Quý vị có thể kháng kiện bằng cách gọi 415-292-8895 hoặc số điện thoại miễn phí của chúng tôi ở số 1-888-996-6565 (TTY: 711), hoặc viết thư cho Ban Dịch vụ Chương trình Bảo Hiểm Sức khỏe của chúng tôi (1333 Bush Street, San Francisco, CA 94109).

Dưới đây là phần mô tả quy trình kháng cáo của chúng tôi. Chúng tôi đã cung cấp phần định nghĩa của một kháng cáo, các quy trình kháng cáo thông thường và cấp tốc, các loại quyết định có thể được đưa ra cho một kháng cáo, và cuối cùng điều gì sẽ xảy ra một khi quyết định cuối cùng được đưa ra.

Kháng kiện: được định nghĩa là việc Người tham gia chương trình, hoặc đại diện của Người tham gia chương trình, phản đối quyết định của tổ chức chúng tôi về việc không đài thọ, hoặc không thanh toán, cho một dịch vụ y tế nào đó, bao gồm từ chối, hoặc hủy bỏ dịch vụ.

Quý vị sẽ được cung cấp tài liệu bằng văn bản về thủ tục kháng kiện khi quý vị ghi danh vào chương trình và sau đó, quý vị sẽ được cấp tài liệu này hàng năm, và bất cứ khi nào chương trình On Lok PACE từ chối yêu cầu thanh toán chi phí y tế của quý vị hoặc từ chối yêu cầu của quý vị được cung cấp dịch vụ. Quý vị có quyền lập thủ tục kháng kiện nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị để được thanh toán chi phí y tế hoặc được cung cấp dịch vụ. Quý vị có thể đưa kháng kiện của quý vị bằng lời cũng như bằng văn bản. Việc tái cứu xét quyết định của chúng tôi sẽ được thực hiện bởi một người (hoặc nhiều người) không có tham gia trong lần quyết định đầu tiên về khiếu nại của quý vị. Chúng tôi sẽ bảo đảm sao cho người này (những người này) luôn công bằng, không thiên vị, và có đúng kinh nghiệm và khả năng chuyên môn để quyết định về nhu cầu cần thiết của dịch vụ y tế đang có tranh chấp Quý vị, hoặc người đại diện có thẩm quyền của quý vị, có thể đích thân hoặc bằng văn bản trình đạt với chúng tôi các yếu tố, sự kiện và/hoặc chứng cứ liên quan đến trường hợp tranh chấp để được cứu xét.

Thủ tục Kháng kiện Tiêu chuẩn và Cấp tốc: Có hai loại thủ tục kháng kiện: thủ tục kháng kiện tiêu chuẩn và thủ tục kháng kiện cấp tốc. Chúng tôi trình bày cả hai thủ tục này trong phần dưới đây.

Nếu quý vị yêu cầu **thủ tục kháng kiện tiêu chuẩn**, đơn kháng kiện của quý vị phải được nộp trong vòng 180 ngày dương lịch tính từ ngày quý vị yêu cầu dịch vụ hoặc thanh toán chi phí dịch vụ mà đã bị từ chối. Đây là ngày được viết trong “Thư Thông báo Quyết định hoặc Yêu cầu Thanh toán” (Notice of Action for Service or Payment Request, NOA) (Thời hạn 180 ngày có thể được gia hạn nếu có lý do chính đáng.) Trong vòng năm (5) ngày dương lịch sau khi nhận được đơn kháng kiện của quý vị, On Lok PACE sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết là đã nhận được đơn của quý vị. Chúng tôi sẽ quyết định về trường hợp kháng kiện của quý vị một cách nhanh chóng tùy theo tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá 30 ngày sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng kiện của quý vị.

Nếu quý vị thấy rằng sinh mạng của quý vị, sức khỏe hoặc khả năng phục hồi của quý vị đang bị đe dọa nếu quý vị không được cung cấp dịch vụ mà quý vị yêu cầu, quý vị hoặc bất cứ nhà cung cấp chăm sóc chính có thể yêu cầu được lập **thủ tục kháng kiện cấp tốc**. Nếu có bất cứ y bác sĩ chăm sóc chính nào yêu cầu thủ tục kháng kiện cấp tốc cho quý vị, hoặc đồng ý cho quý vị yêu cầu thủ tục kháng kiện cấp tốc, chúng tôi sẽ tự động đưa quyết định về cuộc kháng kiện của quý vị một cách nhanh chóng tùy theo tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu kháng kiện của quý vị. Chúng tôi có thể kéo dài thời gian này đến 14 ngày nếu quý vị xin gia hạn, hoặc nếu chúng tôi có thể trình bày với Bộ Y Tế California là chúng tôi cần thêm thông tin và việc kéo dài thời gian cứu xét sẽ có lợi cho quý vị.

Nếu quý vị yêu cầu **thủ tục kháng kiện cấp tốc** mà không có sự đồng ý của y bác sĩ chăm sóc chính, chúng tôi sẽ xét lại xem tình trạng sức khỏe của quý vị có đòi hỏi chúng tôi phải cứu xét cấp tốc không. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị **thủ tục kháng kiện cấp tốc**, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết trong vòng bảy mươi hai (72) giờ về quyết định này. Trong trường hợp này, vụ kháng kiện của quý vị sẽ được coi là kháng kiện tiêu chuẩn.

Lưu ý: Chương trình On Lok PACE sẽ tiếp tục cung cấp dịch vụ mà quý vị đang kháng kiện này cho quý vị, cho đến khi nào thủ tục kháng kiện hoàn tất. Tuy nhiên, sau khi thủ tục kháng kiện hoàn tất và quyết định ban đầu của chúng tôi là chấm dứt cung cấp dịch vụ hoặc giảm cung cấp dịch vụ được xem là đúng, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm tài chính về những dịch vụ của cuộc tranh chấp mà quý vị đã được cung cấp trong thời gian kháng kiện này.

Thông tin dưới đây miêu tả quá trình khiếu nại cho quý vị hoặc người đại diện của quý vị, quý vị hoặc người đại diện mong muốn nộp đơn khiếu nại:

1. Nếu quý vị hoặc người đại diện của quý vị đã yêu cầu một dịch vụ hoặc thanh toán cho các dịch vụ và chương trình On Lok PACE từ chối, trì hoãn hoặc sửa đổi các yêu cầu, quý vị có thể kháng kiện quyết định này. Văn bản “*Thư Thông báo Hành Động cho Dịch Vụ hoặc Yêu cầu Thanh toán*” (Notice of Action for Service or Payment Request, NOA) sẽ được cung cấp cho quý vị và/hoặc người đại diện của quý vị, thư thông báo sẽ giải thích lý do từ chối, trì hoãn hoặc thay đổi các yêu cầu dịch vụ của quý vị hoặc yêu cầu thanh toán.
2. Quý vị có thể kháng cáo bằng lời nói, gặp trực tiếp hoặc qua điện thoại hoặc bằng văn bản với bất kỳ thành viên nào trong Ban Điều Trị Đa Ngành của trung tâm mà quý vị đang tham gia. Các nhân viên sẽ đảm bảo rằng quý vị được cung cấp thông tin bằng văn bản về quá trình kháng kiện, và tài liệu kháng kiện của quý vị sẽ được trình bày trên những mẫu đơn thích hợp. Quý vị sẽ cần phải cung cấp thông tin đầy đủ cho sự kháng kiện của quý vị để các nhân viên thích hợp có thể giúp giải quyết khiếu nại của quý vị một cách kịp thời và hiệu quả. Quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể trình bày hoặc giao nộp các sự kiện có liên quan và/hoặc chứng cứ để xem xét, hoặc liên lạc trực tiếp hoặc bằng văn bản cho chúng tôi tại địa chỉ được liệt kê dưới đây. Nếu cần thêm thông tin, quý vị sẽ được liên hệ bởi Ban Dịch vụ Chương Trình Bảo hiểm Sức Khỏe của chúng tôi hoặc thành viên của Ban Điều Trị Đa Ngành của trung tâm mà quý vị sử dụng, người này sẽ hỗ trợ quý vị lấy thông tin còn thiếu sót.

3. Quý vị có thể liên lạc với Ban Dịch vụ Bảo hiểm Sức khỏe tại số **415-292-8895**, hoặc số điện thoại miễn phí của chúng tôi tại **1-888-996-6565 (TTY: 711)**, để xin mẫu đơn khiếu nại và được giúp lập thủ tục khiếu nại.
4. Nếu quý vị muốn nộp đơn kháng kiện bằng văn bản, hãy yêu cầu nhân viên cung cấp cho mẫu đơn kháng kiện. Xin vui lòng gửi đơn kháng kiện của quý vị tới:

On Lok PACE
Health Plan Services Department
1333 Bush Street
San Francisco, CA 94109

5. Trong vòng năm (5) ngày làm việc sau khi nhận được đơn kháng kiện theo tiêu chuẩn thông thường của quý vị, chương trình On Lok PACE sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết là đã nhận được đơn kháng kiện tiêu chuẩn của quý vị. Đối với một kháng kiện cấp tốc, chúng tôi sẽ thông báo bằng điện thoại hoặc gặp mặt quý vị hoặc người đại diện của quý vị trong vòng 1 ngày làm việc và thông báo là chúng tôi đã tiếp nhận được sự yêu cầu kháng kiện cấp tốc.
6. Việc tái cứu xét quyết định của chương trình On Lok PACE sẽ được thực hiện bởi một người (hoặc nhiều người) không có tham gia trong lần quyết định đầu tiên và tham vấn với Ban Điều trị. Chúng tôi sẽ bảo đảm sao cho người này (những người này) luôn công bằng, không thiên vị, và có đúng kinh nghiệm và khả năng chuyên môn để quyết định về nhu cầu cần thiết của dịch vụ y tế của quý vị.
7. Khi chương trình On Lok PACE hoàn tất việc xem xét kháng cáo của quý vị, quý vị hoặc người đại diện của quý vị sẽ được thông báo bằng văn bản về quyết định kháng kiện của quý vị. Khi cần thiết và tùy thuộc vào kết quả của quyết định, chương trình On Lok PACE sẽ thông báo cho quý vị và/hoặc người đại diện của quý vị về những quyền kháng kiện khác mà quý vị có thể có, nếu quyết định không hoàn toàn thuận lợi về phần quý vị. Xin vui lòng tham khảo các thông tin miêu tả dưới đây.

Quyết định về cuộc Kháng kiện của quý vị:

Nếu quyết định của chúng tôi hoàn toàn thuận lợi về phần quý vị cho đơn **kháng kiện tiêu chuẩn** trong việc quý vị yêu cầu được cung cấp ***dịch vụ***, chúng tôi bắt buộc phải cung cấp hoặc thu xếp để quý vị được cung cấp dịch vụ này ngay tùy theo tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá 30 ngày sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu kháng kiện của quý vị. ***Nếu quyết định của chúng tôi hoàn toàn về phần quý vị*** cho một yêu cầu ***thanh toán chi phí y tế***, chúng tôi phải thanh toán chi phí này trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi nhận được yêu cầu kháng kiện của quý vị.

Nếu quyết định của chúng tôi không hoàn toàn thuận lợi cho quý vị cho đơn **kháng kiện theo tiêu chuẩn thông thường**, hoặc khi chúng tôi không thể đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày, quý vị có quyền lập thủ tục kháng kiện ngoài chương trình qua chương trình Medicare hoặc Medi-Cal (**xem phần Quyền Kháng Kiện Bỏ Túc bên dưới**). Ngoài ra, chúng tôi cũng phải thông báo cho quý vị biết ngay là quyết định của chúng tôi hoàn toàn không thuận lợi về phần quý vị và chúng tôi sẽ thông báo với Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid liên bang và Bộ Y Tế California. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết về quyền kháng kiện của quý vị thể theo

chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý chương trình Medicare hoặc Medi-Cal, hoặc cả hai Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn thủ tục nào để lập hồ sơ nếu cả hai đều áp dụng cho trường hợp của quý vị. Chúng tôi cũng sẽ gửi đơn kháng kiện của quý vị đến văn phòng tái cứu xét thích hợp.

Nếu quyết định của chúng tôi hoàn toàn thuận lợi về phần quý vị trong một **thủ tục kháng kiện cấp tốc**, chúng tôi phải cho phép quý vị được cung cấp dịch vụ hoặc chúng tôi cung cấp dịch vụ cho quý vị ngay tùy theo tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu kháng kiện của quý vị.

Nếu quyết định của chúng tôi không hoàn toàn thuận lợi cho quý vị trong một **thủ tục kháng kiện cấp tốc**, hoặc chúng tôi không thể thông báo với quý vị trong vòng 72 giờ, quý vị có quyền lập thủ tục kháng kiện ngoài chương trình qua chương trình Medicare hoặc Medi-Cal (**xem phần Quyền Kháng kiện Bỏ tức**). Ngoài ra, chúng tôi cũng phải thông báo cho quý vị biết ngay là quyết định của chúng tôi hoàn toàn không thuận lợi về phần quý vị và chúng tôi sẽ thông báo với Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid liên bang và Bộ Y Tế California. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết về quyền kháng kiện của quý vị thể theo chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý chương trình Medicare hoặc Medi-Cal, hoặc cả hai Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn thủ tục nào để lập hồ sơ nếu cả hai đều áp dụng cho trường hợp của quý vị. Chúng tôi cũng sẽ gửi đơn kháng kiện của quý vị đến văn phòng tái cứu xét thích hợp.

Quyền kháng kiện bỏ tức theo chương trình Medi-Cal, Medicare hoặc Sở Phụ trách các Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Quản lý của California (California Department of Managed Health Care, DMHC)

Nếu quyết định của chúng tôi không thuận lợi về phần quý vị trong một thủ tục kháng kiện, hoặc không thông báo cho quý vị biết về quyết định của chúng tôi trong một thời gian bắt buộc nào đó, quý vị được có thêm quyền kháng kiện bỏ tức. Quý vị có thể đưa kháng kiện ngoài chương trình của quý vị bằng lời cũng như bằng văn bản. Thủ tục kháng kiện ở cấp trên này sẽ gồm một thủ tục tái xét công bằng, không thiên vị mới đối với yêu cầu kháng kiện của quý vị qua chương trình Medicare hoặc Medi-Cal, hoặc cả hai, hoặc Sở Phụ trách các Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Quản lý của California.

Chương trình Medicare có hợp đồng với một “cơ quan tái xét độc lập” để cứu xét, ngoài phạm vi chương trình, những vụ kháng kiện liên quan đến các chương trình PACE. Cơ quan tái xét này hoàn toàn độc lập đối với tổ chức PACE của chúng tôi.

Chương trình Medi-Cal cứu xét thủ tục kháng kiện ở cấp trên này qua thủ tục phân xét công bằng tiểu bang. Nếu quý vị có ghi danh trong chương trình Medi-Cal, quý vị có quyền kháng kiện nếu dịch vụ hoặc thanh toán chi phí y tế mà quý vị yêu cầu, bị từ chối, trì hoãn, sửa đổi, làm chậm trễ, giảm bớt hoặc chấm dứt. Cho đến khi nào quý vị được thông báo quyết định về cuộc kháng kiện, quý vị có quyền chọn được tiếp tục cung cấp dịch vụ. Tuy nhiên, nếu quyết định của cuộc phân xét công bằng không thuận lợi cho quý vị, quý vị có thể sẽ phải tự thanh toán chi phí cho các dịch vụ này.

Nếu quý vị ghi danh trong cả hai chương trình **Medicare và Medi-Cal**, chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn thủ tục kháng kiện nào để tiến hành Chúng tôi phải gửi đơn kháng kiện của quý vị đến văn phòng tái cứu xét thích hợp.

Nếu quý vị không rõ là quý vị ghi danh trong chương trình Medicare hoặc Medi-Cal, hoặc cả hai, quý vị có thể xem lại với chúng tôi Thủ tục kháng kiện ngoài chương trình của chương trình Medicare và Medi-Cal được trình bày sau đây.

Thủ tục kháng kiện ngoài chương trình của chương trình Medi-Cal

Nếu quý vị ghi danh trong cả hai chương trình **Medi-Cal và Medicare HOẶC chỉ Medi-Cal**, chọn đệ đơn kháng kiện qua thủ tục kháng kiện ngoài chương trình của chương trình Medi-Cal, chúng tôi sẽ gửi đơn kháng kiện của quý vị đến Bộ Xã hội tiểu bang California. Quý vị có thể yêu cầu một cuộc điều trần công bằng trong suốt thời gian kháng kiện trong thời hạn 90 ngày kể từ ngày thông qua quyết định:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
Điện thoại: 1-800-952-5253
Fax: 833-281-0905
TTY: 1-800-952-8349

Nếu quý vị yêu cầu một buổi điều trần công bằng của Tiểu bang, quý vị phải yêu cầu trong vòng chín mươi (90) ngày, kể từ ngày nhận được “Thư Thông báo cho Dịch Vụ hoặc Yêu cầu Thanh toán” (Notice of Action for Service or Payment Request, NOA) từ chương trình On Lok PACE.

Quý vị có thể nói chuyện tại buổi điều trần của Tiểu bang hoặc có người khác nói thay cho quý vị như người thân thiết của quý vị, bao gồm người thân, bạn bè hay luật sư. Quý vị cũng có thể có thể nhận được trợ giúp pháp lý miễn phí. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một danh sách các văn phòng Dịch vụ Pháp lý trong Quận nơi quý vị đang sinh sống tại thời điểm mà chúng tôi từ chối, trì hoãn hoặc sửa đổi một dịch vụ hoặc dịch vụ thanh toán.

Nếu Quyết định của Thẩm phán Luật Hành chính (Administrative Law Judge, ALJ) là thuận lợi cho quý vị, chương trình On Lok PACE sẽ làm theo hướng dẫn của thẩm phán như ấn định thời gian để cung cấp cho quý vị với các dịch vụ mà quý vị yêu cầu hoặc dịch vụ thanh toán cho cho một kháng kiện tiêu chuẩn hoặc kháng kiện cấp tốc.

Nếu quyết định của ALJ không thuận lợi cho kháng kiện của quý vị, hoặc là một kháng kiện tiêu chuẩn hoặc một kháng kiện cấp tốc, có những cấp kháng kiện khác, và chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị trong việc theo đuổi kháng kiện khác.

Thủ tục Kháng kiện Ngoài chương trình của chương trình Medicare

Nếu quý vị đăng ký tham gia **cả Medicare và Medi-Cal HOẶC Chỉ Medicare**, quý vị có thể chọn kháng cáo bằng cách sử dụng quy trình kháng cáo bên ngoài của Medicare. Chúng tôi sẽ gửi hồ sơ trường hợp của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập Medicare thích hợp cho quý vị. Medicare hiện ký hợp đồng với C2C Innovative Solutions, Inc. và Dịch vụ Liên bang Maximus để xem xét khách quan các kháng cáo liên quan đến các chương trình PACE như chúng tôi. Tổ chức đánh giá độc lập Medicare sẽ liên hệ với chúng tôi để cung cấp kết quả xem xét của họ. Tổ chức đánh giá độc lập của Medicare sẽ duy trì quyết định ban đầu của chúng tôi hoặc thay đổi quyết định và quy tắc của chúng tôi có lợi cho quý vị.

Quý vị có thể liên hệ với C2C Innovative Solutions, Inc. để được khiếu nại về thuốc Medicare Phần D thông qua:

C2C Innovative Solutions, Inc.
P.O. Box 45309
Jacksonville, FL 32232-5309
Điện thoại: 833-919-0198
Fax: 833-710-0580

Quý vị có thể liên hệ với Dịch Vụ Liên Bang Maximus đối với tất cả các kháng cáo dịch vụ PACE khác thông qua:

Maximus Federal Services (Dịch Vụ Liên Bang Maximus)
PACE Appeal Project (Dự Án Kháng Cáo PACE)
3750 Monroe Avenue, Suite 702
Pittsford, NY 14534-1302
Điện thoại: 585-348-3300
Fax: 585-425-5292

Kháng Cáo Bên Ngoài Tiêu Chuẩn

Quý vị có thể yêu cầu một **kháng cáo bên ngoài tiêu chuẩn** nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị đối với một dịch vụ không khẩn cấp hoặc không thanh toán cho một dịch vụ. Đối với kháng cáo bên ngoài tiêu chuẩn, quý vị sẽ nhận được quyết định về kháng nghị của mình trong các khung thời gian sau:

- Bảy (7) ngày theo lịch sau khi tổ chức xét duyệt độc lập Medicare nhận được đơn kháng cáo của quý vị đối với một loại thuốc Medicare Phần D, hoặc ba mươi (30) ngày theo lịch sau khi tổ chức xét duyệt độc lập Medicare nhận được đơn kháng cáo của quý vị đối với một dịch vụ không phải là thuốc Medicare Phần D.
- Mười bốn (14) ngày theo lịch sau khi tổ chức xét duyệt độc lập của Medicare nhận được đơn kháng cáo của quý vị về việc thanh toán thuốc Medicare Phần D, hoặc sáu mươi (60) ngày theo lịch sau khi tổ chức xét duyệt độc lập của Medicare nhận được đơn khiếu nại của quý vị về việc thanh toán dịch vụ không phải là thuốc Medicare Phần D.

Tổ chức đánh giá độc lập của Medicare có thể yêu cầu thêm thời gian để xem xét kháng nghị đối với một dịch vụ không phải là thuốc Medicare Phần D, nhưng họ phải đưa ra quyết định của mình cho chúng tôi trong vòng mười bốn (14) ngày theo lịch.

Nếu quyết định của tổ chức đánh giá độc lập Medicare có lợi cho quý vị đối với một kháng nghị tiêu chuẩn:

Nếu quý vị đã yêu cầu một dịch vụ mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ nhanh nhất nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, nhưng không muộn hơn: (a) bảy mươi hai (72) giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định cho một loại thuốc Medicare Part D, hoặc (b) mười bốn (14) ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định cho một dịch vụ không phải là thuốc Medicare Part D.

HOẶC

Nếu quý vị đã yêu cầu thanh toán cho một dịch vụ mà quý vị đã nhận, chúng tôi phải thanh toán cho dịch vụ đó trong vòng ba mươi (30) ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định.

Kháng Cáo Bên Ngoài cấp tốc

Quý vị có thể yêu cầu một **kháng cáo cấp tốc bên ngoài** nếu quý vị tin rằng sức khỏe của quý vị sẽ bị đe dọa do không nhận được một dịch vụ cụ thể. Trong một kháng nghị cấp tốc bên ngoài, chúng tôi sẽ gửi hồ sơ trường hợp của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập Medicare nhanh nhất nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi. Tổ chức đánh giá độc lập của Medicare phải đưa ra quyết định cho chúng tôi trong vòng bảy mươi hai (72) giờ sau khi họ nhận được đơn kháng cáo. Tổ chức đánh giá độc lập của Medicare có thể yêu cầu thêm thời gian để xem xét kháng nghị đối với một dịch vụ không phải là thuốc Medicare Phần D, nhưng họ phải đưa ra quyết định của mình cho chúng tôi trong vòng mười bốn (14) ngày theo lịch.

Nếu quyết định của tổ chức đánh giá độc lập Medicare có lợi cho quý vị đối với một kháng nghị cấp tốc:

Chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc sắp xếp để quý vị nhận được dịch vụ nhanh nhất nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, nhưng không muộn hơn: (a) hai mươi bốn (24) giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định cho một loại thuốc Medicare Phần D, hoặc (b) bảy mươi hai (72) giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định cho một dịch vụ không phải là thuốc Medicare Phần D.

Nếu quyết định của tổ chức đánh giá độc lập Medicare không thuận lợi cho quý vị về kháng cáo tiêu chuẩn hoặc kháng cáo nhanh, có nhiều cấp độ kháng cáo hơn nữa và chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị theo đuổi kháng cáo của mình

Thủ tục Tái xét Y khoa Độc lập (Independent Medical Review, IMR) 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 (DMHC) phụ trách Thủ tục Tái xét Y khoa Độc lập (IMR) cho những người ghi danh trong các chương trình bảo hiểm sức khỏe mà KHÔNG có ghi danh trong chương trình Medicare (một người được xem là “có ghi danh trong chương trình Medicare” nếu người này có ghi danh trong cả hai chương trình Medicare và Medi-Cal, hoặc chỉ ghi danh trong chương trình Medicare mà thôi). Nếu quý vị hội đủ điều kiện được lập thủ tục IMR, Tổ chức On Lok PACE sẽ cấp cho quý vị một bản giải thích khác về quyền của quý vị thể theo chương trình này.

“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 đài thọ 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.dmhca.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.”