

THÔNG TIN CHO NGƯỜI THAM GIA VỀ QUY TRÌNH KHÁNG CÁO

Nếu On Lok PACE quyết định không đài thọ hoặc chi trả cho một dịch vụ quý vị yêu cầu, quý vị có thể thực hiện hành động để thay đổi quyết định đó. Hành động quý vị thực hiện - dù bằng lời nói hay bằng văn bản - được gọi là "**kháng nghị**". Quý vị có quyền kháng nghị bất kỳ quyết định nào mà chúng tôi đưa ra để từ chối, cắt giảm hoặc ngừng dịch vụ mà quý vị cho là mình có quyền nhận, hoặc để yêu cầu thanh toán cho các dịch vụ mà quý vị cho rằng chúng tôi có nghĩa vụ phải chi trả.

Quý vị sẽ nhận được thông tin chi tiết bằng văn bản về quy trình kháng nghị khi đăng ký, ít nhất một lần mỗi năm và mỗi khi Nhóm Chăm sóc Liên ngành từ chối yêu cầu dịch vụ hoặc yêu cầu thanh toán.

Quy trình kháng nghị tiêu chuẩn và khẩn cấp: Có hai loại quy trình kháng nghị: kháng nghị tiêu chuẩn và kháng nghị khẩn cấp. Dưới đây là thông tin chi tiết về cả hai quy trình.

Nếu quý vị yêu cầu **kháng nghị tiêu chuẩn**, quý vị cần nộp kháng nghị trong vòng một trăm tám mươi (180) ngày kể từ khi yêu cầu dịch vụ hoặc yêu cầu thanh toán dịch vụ của quý vị bị từ chối, cắt giảm hoặc dừng lại. Ngày này sẽ được ghi trên Thông báo thực thi quyết định của Yêu cầu Dịch vụ hoặc Thanh toán. (Mốc thời gian 180 ngày có thể được gia hạn nếu có lý do chính đáng.) Chúng tôi sẽ phản hồi kháng nghị của quý vị nhanh chóng theo mức độ cần thiết của sức khỏe, nhưng không muộn hơn ba mươi (30) ngày kể từ ngày chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị cảm thấy sức khỏe, cuộc sống, hoặc khả năng hồi phục của mình sẽ bị ảnh hưởng nghiêm trọng nếu không được cung cấp dịch vụ yêu cầu, quý vị hoặc bất kỳ bác sĩ điều trị nào cũng có thể yêu cầu **kháng nghị khẩn cấp**. Chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định về kháng nghị khẩn cấp của quý vị nhanh chóng theo mức độ cần thiết của sức khỏe, nhưng không muộn hơn bảy mươi hai (72) giờ kể từ khi nhận được yêu cầu kháng nghị khẩn cấp của quý vị. Chúng tôi có thể gia hạn thêm thời gian này lên đến mười bốn (14) ngày lịch nếu quý vị yêu cầu gia hạn hoặc nếu chúng tôi chứng minh với Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Tiểu bang California về việc cần thêm thông tin và lý do việc trì hoãn có lợi cho quý vị.

Lưu ý: Nếu quý vị có Medi-Cal và lý do kháng nghị của quý vị là On Lok PACE quyết định cắt giảm hoặc ngừng (các) dịch vụ quý vị đang nhận, quý vị có thể chọn yêu cầu tiếp tục nhận (các) dịch vụ đang tranh chấp cho đến khi quá trình kháng nghị hoàn tất. Nếu quyết định ban đầu của chúng tôi về việc cắt giảm hoặc ngừng dịch vụ được giữ nguyên, quý vị có thể phải chịu trách nhiệm tài chính về việc thanh toán (các) dịch vụ tranh chấp trong suốt quá trình kháng nghị.

Thông tin dưới đây mô tả quy trình kháng nghị mà quý vị hoặc đại diện của quý vị cần làm theo nếu muốn nộp kháng nghị:

1. Nếu On Lok PACE từ chối yêu cầu dịch vụ hoặc thanh toán dịch vụ mà quý vị hoặc đại diện của quý vị đã yêu cầu, hoặc cắt giảm hoặc ngừng dịch vụ mà quý vị đang nhận,

quý vị có quyền kháng nghị quyết định này. Quý vị và/hoặc người đại diện của quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản giải thích lý do từ chối yêu cầu dịch vụ hoặc yêu cầu thanh toán của quý vị và quý vị cũng sẽ nhận được thông báo bằng lời nói.

2. Quý vị có thể kháng nghị bằng lời nói, trực tiếp hoặc qua điện thoại, hoặc gửi kháng nghị bằng văn bản đến nhân viên trung tâm PACE của quý vị. Nhân viên này sẽ bảo đảm quý vị được cung cấp tài liệu về thủ tục kháng nghị bằng văn bản và kháng nghị của quý vị sẽ được ghi vào hồ sơ một cách thích hợp. Quý vị cần cho nhân viên này biết tất cả chi tiết về kháng nghị để nhân viên có thẩm quyền giải quyết vấn đề quý vị kháng nghị một cách nhanh chóng và hiệu quả. Nếu cần thêm thông tin, Ban Dịch vụ Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe của chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị và hỗ trợ quý vị cung cấp thông tin còn thiếu.
3. Nếu quý vị muốn kháng nghị qua điện thoại, quý vị có thể liên hệ với Ban Dịch vụ Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe của chúng tôi theo số **415-292-8895**, hoặc số điện thoại miễn phí của chúng tôi là **1-888-995-6565**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:30 sáng đến 5:00 chiều, để yêu cầu mẫu đơn kháng nghị và/hoặc nhận hỗ trợ nộp đơn kháng nghị. Đối với người khiếm thính (TTY), vui lòng gọi **711**.
4. Nếu quý vị muốn gửi đơn kháng nghị bằng văn bản, vui lòng yêu cầu nhân viên cung cấp mẫu đơn kháng nghị. Vui lòng gửi đơn kháng nghị của quý vị đến:

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

5. Quý vị sẽ nhận được văn bản xác nhận đã nhận được đơn kháng nghị trong vòng năm (5) ngày làm việc đối với kháng nghị **tiêu chuẩn**. Đối với kháng nghị **khẩn cấp**, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị hoặc đại diện của quý vị trong vòng một (1) ngày làm việc qua điện thoại hoặc trực tiếp rằng chúng tôi đã nhận được yêu cầu kháng nghị khẩn cấp.
6. Việc xem xét lại quyết định của On Lok PACE sẽ do một hoặc nhiều người không liên quan đến quá trình ra quyết định ban đầu thực hiện, với sự tham khảo ý kiến của Nhóm Chăm sóc Liên ngành và những người không có quyền lợi liên quan đến kết quả kháng nghị. Quý vị và bất kỳ ai hỗ trợ quý vị trong quá trình kháng nghị đều có thể trình bày hoặc gửi các thông tin và/hoặc bằng chứng liên quan để xem xét, bằng văn bản hoặc trực tiếp.
7. Sau khi On Lok PACE hoàn tất việc xem xét kháng nghị của quý vị, quý vị và người đại diện của quý vị sẽ được thông báo bằng văn bản về quyết định đối với kháng nghị. Khi cần thiết và tùy thuộc vào kết quả của quyết định, On Lok PACE sẽ thông báo cho quý vị và đại diện của quý vị về các quyền kháng nghị khác mà quý vị có thể có nếu quyết định không có lợi cho quý vị. Vui lòng tham khảo thông tin mô tả bên dưới:

Quyết định về Kháng nghị của quý vị:

Nếu chúng tôi quyết định hoàn toàn có lợi cho quý vị, chúng tôi có trách nhiệm cung cấp

hoặc sắp xếp các dịch vụ nhanh nhất theo nhu cầu tình trạng sức khỏe của quý vị. **Nếu chúng tôi quyết định hoàn toàn có lợi cho quý vị** về yêu cầu **thanh toán**, chúng tôi có trách nhiệm thanh toán theo yêu cầu trong vòng sáu mươi (60) ngày dương lịch kể từ khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị.

Nếu chúng tôi quyết định không hoàn toàn có lợi cho quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông báo bằng văn bản trong đó nêu rõ lý do cụ thể cho việc từ chối, lý do tại sao dịch vụ không giúp cải thiện hoặc duy trì sức khỏe tổng thể của quý vị, quyền của quý vị trong việc kháng nghị quyết định và mô tả về quyền kháng nghị ngoài chương trình thông qua chương trình Medicare hoặc Medi-Cal (**xem Quyền kháng nghị Bổ sung bên dưới**). Chúng tôi cũng có trách nhiệm thông báo cho Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid liên bang và Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Tiểu bang California.

Quyền Kháng nghị Bổ sung theo Medi-Cal và Medicare

Nếu On Lok PACE đưa ra quyết định không hoàn toàn có lợi cho quý vị, quý vị có quyền kháng nghị bổ sung được gọi là quyền kháng nghị ngoài chương trình. Kháng nghị ngoài chương trình sẽ gồm một thủ tục tái xét công bằng, không thiên vị mới về yêu cầu kháng nghị của quý vị thông qua chương trình Medicare hoặc Medi-Cal. Nếu quý vị đã đăng ký cả **Medicare và Medi-Cal**, quý vị có thể chọn quy trình kháng nghị mà quý vị muốn sử dụng. Nếu quý vị không chắc mình đang đăng ký chương trình nào, vui lòng hỏi chúng tôi. Chúng tôi có thể giải thích sự khác biệt giữa các quy trình này và chương trình nào có thể phù hợp hơn với quý vị. Kháng nghị ngoài chương trình chỉ có thể được thực hiện cho một trong hai chương trình (Medicare hoặc Medi-Cal), không thể đồng thời cả hai. Chúng tôi cũng sẽ gửi kháng nghị của quý vị đến chương trình bên ngoài thích hợp để xem xét nếu quý vị muốn.

Các quy trình kháng nghị ngoài chương trình của Medicare và Medi-Cal được mô tả dưới đây.

Quy trình Kháng nghị Ngoài chương trình của Medi-Cal

Chương trình Medi-Cal tiến hành kháng nghị cấp trên thông qua quy trình điều trần của tiểu bang.

Nếu quý vị đã đăng ký cả **Medicare và Medi-Cal HOẶC chỉ Medi-Cal** và chọn kháng nghị quyết định của chúng tôi bằng cách sử dụng quy trình kháng nghị ngoài chương trình của Medi-Cal, chúng tôi sẽ gửi kháng nghị của quý vị đến Sở Dịch vụ Xã hội California. Bất cứ lúc nào trong quá trình kháng nghị, quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần cấp tiểu bang thông qua:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430
Điện thoại: 1-800-952-5253
Fax: 916-229-4410
TTY: 1-800-952-8349

Nếu quý vị chọn yêu cầu một phiên điều trần cấp tiểu bang, quý vị phải nộp yêu cầu trong

vòng chín mươi (90) ngày dương lịch kể từ ngày có quyết định của đơn vị đánh giá bên thứ ba.

Nếu quyết định không có lợi cho kháng nghị của quý vị, sẽ có các cấp độ kháng nghị khác và chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị theo đuổi kháng nghị của mình.

Quy trình Kháng nghị Ngoài chương trình của Medicare

Chương trình Medicare ký hợp đồng với "Tổ chức Đánh giá Độc lập" (Independent Review Entity, IRE) để cung cấp đánh giá bên ngoài đối với các kháng nghị liên quan đến các chương trình PACE. Đơn vị đánh giá này hoàn toàn độc lập với On Lok PACE.

Nếu quý vị **đăng ký cả Medicare và Medi-Cal HOẶC chỉ Medicare** và chọn kháng nghị quyết định của chúng tôi thông qua quy trình kháng nghị ngoài chương trình của Medicare, chúng tôi sẽ gửi kháng nghị của quý vị đến IRE để xem xét đơn kháng nghị của quý vị một cách công bằng. Yêu cầu xem xét lại bằng văn bản phải được nộp cho IRE trong vòng sáu mươi (60) ngày dương lịch kể từ ngày có quyết định của đơn vị xem xét về kháng nghị nội bộ. IRE sẽ liên hệ với chúng tôi để thông báo kết quả đánh giá. IRE có thể giữ nguyên quyết định ban đầu của chúng tôi hoặc thay đổi quyết định và đưa ra phán quyết có lợi cho quý vị.

Để biết thêm thông tin về quy trình kháng nghị hoặc yêu cầu các biểu mẫu, vui lòng liên hệ với Ban Dịch vụ Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe của chúng tôi theo số **415-292-8895**, hoặc số điện thoại miễn phí của chúng tôi là **1-888-995-6565**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:30 sáng đến 5:00 chiều, để yêu cầu biểu mẫu kháng nghị và/hoặc nhận hỗ trợ nộp đơn kháng nghị. Đối với người khiếm thính (TTY), vui lòng gọi **711**.

Quy trình Đánh giá Y tế Độc lập (IMR) của Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý California

Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý California vận hành quy trình Đánh giá Y tế Độc lập (IMR) cho những người đăng ký chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe KHÔNG đăng ký Medicare (người được xem là "đăng ký Medicare" nếu họ đăng ký cả Medicare và Medi-Cal hoặc chỉ đăng ký Medicare). Nếu quý vị đủ điều kiện để được xét duyệt theo quy trình IMR, On Lok PACE sẽ cung cấp cho quý vị một văn bản riêng giải thích các quyền lợi của quý vị theo chương trình này.

"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 quý vị có khiếu nại đối với chương trình chăm sóc sức khỏe của mình, trước tiên, quý vị nên gọi điện cho chương trình chăm sóc sức khỏe của mình theo số điện thoại **415-292-8895** hoặc **1-888-996-6565 (TTY: 711)** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình đó trước khi liên hệ với sở. Việc sử dụng quy trình khiếu nại này không cản trở bất kỳ quyền hoặc biện pháp pháp lý nào mà quý vị có thể có. Nếu quý vị cần hỗ trợ về một khiếu nại liên quan đến trường hợp khẩn cấp, khiếu nại chưa được chương trình chăm sóc sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc khiếu nại chưa được giải quyết trong hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi điện cho sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện nhận Đánh giá Y tế Độc lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu đủ điều kiện, quy trình IMR sẽ cung cấp một đánh giá khách quan đối với các quyết định y tế do chương trình chăm sóc sức khỏe đưa ra liên quan đến tính cần thiết y tế của một dịch vụ hoặc điều trị dự kiến, các quyết định bảo hiểm cho các điều trị thử nghiệm hoặc điều tra, và tranh chấp thanh toán đối với dịch

vụ y tế khẩn cấp hoặc cấp cứu. 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 hướng dẫn trực tuyến.”