

## Kháng Cáo Yêu Cầu Tái Xét Quyết Định từ Chối

**Hướng dẫn:** Xin hoàn tất mẫu này để yêu cầu một kháng cáo đối với việc chúng tôi quyết định từ chối, trì hoãn, hay thay đổi một dịch vụ hay việc thanh toán cho một dịch vụ mà quý vị hay người đại diện của quý vị yêu cầu. Hãy gửi mẫu được hoàn tất đến địa chỉ ở dưới. Ban Dịch vụ Chương trình Bảo Hiểm Sức sẽ chuyển mẫu này cho Giám đốc Phụ trách Y tế hay Giám đốc Dịch vụ Chương trình Bảo Hiểm Sức Khỏe. Vị Giám Đốc đó sẽ bảo đảm mẫu này được chuyển tiếp đến cho bên thứ ba khách quan để duyệt xét.

Ngày: \_\_\_\_\_

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

Người gửi: \_\_\_\_\_

Tên Người Tham Gia/ Người Đại Diện của Người Tham Gia/Nhà Cung Cấp

Địa chỉ và số điện thoại của người được xác định ở trên

On Lok PACE Số # \_\_\_\_\_

Trung Tâm \_\_\_\_\_

Tôi, \_\_\_\_\_, người tham gia/người đại diện/nhà cung cấp (xin khoanh

*Tên*

tròn một chọn lựa), bằng cách này, kháng cáo việc từ chối, trì hoãn, hay thay đổi (các) dịch vụ hoặc việc thanh toán dịch vụ sau đây:

đối với: \_\_\_\_\_

*Tên người nhận (các) dịch vụ*

với (các) lý do dưới đây: \_\_\_\_\_

Vui lòng duyệt xét yêu cầu của tôi và thông báo cho tôi về quyết định của quý vị trong thời gian sớm nhất có thể.

Chữ ký \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

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 appeal:
  - \_\_\_\_ Health Plan Services Department
  - \_\_\_\_ Social Worker
  - \_\_\_\_ Other, specify: \_\_\_\_\_
- Request received by the On Lok PACE staff member identified above: Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_
- Health Plan Services Department notified of the appeal by telephone or e-mail:
  - Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_
- Health Plan Services Department sent a written acknowledgment to the participant: Date \_\_\_\_\_
- Health Plan Services Department telephoned acknowledgement of receipt to the participant:
  - Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_
- Health Plan Services Department sent a written notification of the decision to the participant:
  - Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_
- Health Plan Services Department telephoned notification of the decision to the participant:
  - Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_