

अस्वीकृति के पुनर्विचार के लिए अपील

निर्देश: कृपया आपके या आपके प्रतिनिधि के द्वारा अनुरोधित किसी सेवा या किसी सेवा के भुगतान के लिए हमारे निर्णय के इनकार, स्थगन या संशोधन के लिए अपील का अनुरोध करने के लिए यह फॉर्म भरें। पूरी तरह से भरे गए फॉर्म को नीचे दिए गए पते पर भेजें। हैल्थ प्लान एसोसिएट इस फॉर्म को मुख्य चिकित्सा अधिकारी या हैल्थ प्लान सेवाओं के निदेशक को अग्रेषित करेगा। अधिकारी यह सुनिश्चित करेगा कि यह फॉर्म समीक्षा के लिए एक निष्पक्ष तृतीय पक्ष को भेजा गया है।

दिनांक: _____

सेवा में: Health Plan Associate
On Lok Lifeways
1333 Bush Street
San Francisco, CA 94109

प्रेषक:

_____ प्रतिभागी/प्रतिभागी के प्रतिनिधि / प्रदाता का नाम

_____ उपरोक्त पहचान वाले व्यक्ति का पता और टेलीफोन नंबर

_____ On Lok #

_____ केंद्र

मैं, _____, प्रतिभागी / प्रतिनिधि / प्रदाता (किसी एक पर गोला बनाएँ),
नाम

एतद् द्वारा निम्न सेवा(ओं) या सेवा के लिए भुगतान के इनकार, स्थगन या संशोधन की अपील करता/करती हूँ:

इसके लिए: _____

सेवा(एँ) प्राप्त करने वाले व्यक्ति का नाम

नीचे दिए गए कारणों के लिए:

कृपया मेरे अनुरोध की समीक्षा करें और जितना जल्दी संभव हो, अपने निर्णय के बारे में मुझे सूचित करें।

_____ हस्ताक्षर

_____ तिथि

कैलिफोर्निया का प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग के पास स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्लान के विनियमन की जिम्मेदारी है। अगर आपको अपने हेल्थ प्लान की कोई शिकायत करनी है, तो आपको पहले **415-292-8895** या **1-888-996-6565** पर फ़ोन करना चाहिए और विभाग से संपर्क करने से पहले अपने हेल्थ प्लान की शिकायत प्रक्रिया का उपयोग करना चाहिए। इस शिकायत प्रक्रिया का उपयोग करने से आपके लिए उपलब्ध कराई जाने वाली किसी भी संभावित कानूनी अधिकार या उपचार पर रोक नहीं लगाई जाती है। अगर आप किसी आपात स्थिति में शामिल कोई शिकायत है, जिसे आपके हेल्थ प्लान द्वारा संतोषजनक तरीके से सुलझाया नहीं जाता है या 30 दिनों से अधिक समय तक सुलझाया नहीं जाता है, तो आप सहायता के लिए विभाग को कॉल कर सकते/सकती हैं। आप एक स्वतंत्र चिकित्सा समीक्षा (IMR) के लिए पात्र हो सकते हैं। अगर आप IMR के लिए पात्र हैं, तो IMR प्रक्रिया, प्रस्तावित सेवा या उपचार, प्रयोगात्मक या अनुसंधानात्मक प्रकृति वाले कवरेज निर्णयों और आपातकालीन या तत्काल चिकित्सा सेवाओं के भुगतान विवादों की आवश्यक चिकित्सा से संबंधित हेल्थ प्लान के द्वारा लिए गए चिकित्सीय निर्णयों की निष्पक्ष समीक्षा प्रदान करेगा। विभाग के पास एक निःशुल्क टेलीफोन नंबर **(1-888-HMO-2219)** और सुनने और बोलने में अक्षम व्यक्तियों के लिए एक TDD लाइन **(1-877-688-9891)** उपलब्ध है। विभाग की इंटरनेट वेब साइट <http://www.hmohelp.ca.gov> पर शिकायत फ़ॉर्म, आईएमआर आवेदनपत्र और निर्देश ऑनलाइन उपलब्ध हैं।

For On Lok Lifeways Staff Use Only:

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