

## 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. Công Tác Viên Chương Trình Y Tế sẽ chuyển mẫu này cho Giám Đốc Y Khoa hay Giám Đốc Hành Chính. 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: Health Plan Associate  
On Lok Lifeways  
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 Số                      Trung Tâm

Tôi, \_\_\_\_\_, người tham gia/người đại diện/nhà cung cấp (xin khoanh tròn một chọn lựa),  
*Tên*

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

Bộ Quản Lý Y Tế California có trách nhiệm kiểm soát các chương trình dịch vụ 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 sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm của quý vị trước khi liên lạc đến Bộ Quản Lý Y Tế. Sử dụng thủ tục khiếu nại này sẽ không lấy đi bất cứ quyền hợp pháp nào có thể, hay những giải pháp có thể áp dụng cho quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để khiếu nại về một trường hợp khẩn cấp, một khiếu nại đã không được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc một khiếu nại đã quá 30 ngày mà vẫn chưa được giải quyết, quý vị có thể liên lạc với Bộ Quản Lý Y Tế để được giúp đỡ. Ngoài ra, quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện để được Duyệt Xét Y Khoa Độc lập (Independent Medical Review - IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện với IMR, thủ tục IMR này sẽ duyệt xét một cách khách quan những quyết định y khoa do chương trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra, liên quan đến tính cần thiết về mặt y khoa của một dịch vụ hay phương pháp trị liệu được đề nghị, những quyết định bảo hiểm cho những phương pháp điều trị mang tính thí nghiệm hoặc điều tra, và những tranh chấp thanh toán cho những dịch vụ y khoa cấp cứu hay khẩn cấp. Bộ Quản Lý Y Tế cũng có một đường dây điện thoại miễn phí (**1-888-HMO-2219**) và một đường dây điện thoại TDD (**1-877-688-9891**) dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang mạng của Bộ tại <http://www.hmohelp.ca.gov> cung cấp trực tuyến mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn lập thủ tục IMR và bản chỉ dẫn.

**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 \_\_\_\_\_