

Mẫu đơn này được sử dụng để quý vị đưa ra đề xuất, nộp đơn khiếu nại chính thức, hoặc kháng nghị về bất cứ khía cạnh nào của dịch vụ chăm sóc hoặc dịch vụ cung cấp cho quý vị. **Luật pháp yêu cầu** IEHP DualChoice phải phản hồi các khiếu nại hoặc kháng nghị của quý vị và có quy trình chi tiết để giải quyết những tình huống này. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, xin vui lòng gọi tới Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số **1-877-273-IEHP (4347)** hoặc **1-800-718-4347 (TTY)**, từ 8 giờ sáng tới 8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Thông tin liên lạc của Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice cũng có trên thẻ IEHP DualChoice của quý vị. Với tư cách là một Hội viên IEHP DualChoice, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại chống lại IEHP DualChoice hoặc nhà cung cấp của họ mà không phải lo sợ hành động tiêu cực của IEHP DualChoice, bác sĩ của quý vị hoặc bất kỳ nhà cung cấp nào khác.

Vui lòng viết in hoa hoặc đánh máy các thông tin sau:

Tên của Hội viên (Họ, Tên, Tên đệm)		Số THẺ ID IEHP
Địa chỉ của Hội viên		Số Điện thoại Nhà
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip		Số điện thoại Cơ Quan hoặc Tin nhắn
Số Medicare	Nam/Nữ	Ngày sinh

Người đại diện Được ủy quyền: Nếu đơn khiếu nại được nộp bởi ai khác không phải là hội viên, vui lòng xem xét mục "Ai có thể nộp đơn Kháng nghị" và cung cấp các thông tin sau:

Tên: _____ Điện thoại: _____

Mối quan hệ với Hội viên: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Bản chất của khiếu nại:

SỰ VIỆC ĐÓ ĐÃ XẢY RA Ở ĐÂU? (TÊN BỆNH VIỆN, BÁC SĨ, HOẶC ĐỊA ĐIỂM KHÁC)

SỰ VIỆC ĐÓ ĐÃ XẢY RA KHI NÀO? (NẾU KHÔNG CHẮC CHẮN, HÃY CUNG CẤP (CÁC) NGÀY/(CÁC) GIỜ GẦN ĐÚNG)

AI LÀ NGƯỜI CÓ LIÊN QUAN?

VUI LÒNG MÔ TẢ SỰ VIỆC GÌ ĐÃ XẢY RA. (ĐÍNH KÈM BẢN SAO CỦA BẤT CỨ THÔNG TIN BỔ SUNG NÀO, NẾU CẦN THIẾT)

Vui lòng ký tên và GỬI THƯ HOẶC FAX MẪU ĐƠN NÀY TỚI: IEHP DUALCHOICE

Attn: Appeal and Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Fax: (909) 890-5748; Nếu Quý Vị Có Thắc Mắc Hãy gọi 1-877-273-IEHP (4347) hoặc 1-800-718-4347 TTY, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ.

Ngày _____ Chữ ký của Hội viên _____

Ngày _____ Chữ ký của Người đại diện _____

Quý vị có thể có quyền kháng nghị.

Để thực thi quyền kháng nghị của mình, hãy nộp đơn kháng nghị bằng văn bản của quý vị trong vòng 60 ngày sau ngày quý vị nhận được thông báo quyết định từ chối ban đầu. Chương trình của quý vị có thể cho quý vị thêm thời gian nếu quý vị có lý do chính đáng cho việc bị quá hạn.

Ai Có thể Gửi đơn Kháng nghị?

Quý vị hoặc người quý vị chỉ định để đại diện cho quý vị (**người đại diện được ủy quyền** của quý vị) có thể nộp đơn kháng nghị. Quý vị có thể chỉ định một người thân, bạn bè, người bảo vệ quyền lợi, luật sư, bác sĩ, hoặc ai đó đại diện cho quý vị. Những người khác, không được nhắc tới trước đó có thể đã được ủy quyền theo luật pháp Tiểu bang để đại diện cho quý vị.

Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số **1-877-273-IEHP (4347)** để tìm hiểu cách chỉ định người đại diện được ủy quyền của quý vị. Nếu quý vị bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số TTY/ TDD **1-800-718-4347**, từ 8 giờ sáng tới 8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ.

Nếu quý vị muốn ai đó đại diện cho quý vị, quý vị và người đại diện được ủy quyền của quý vị phải ký tên, ghi ngày tháng, và gửi cho chúng tôi trang 1 của mẫu đơn này, trang này sẽ đóng vai trò là tuyên bố chỉ định người đại diện đó thực hiện thay cho quý vị.

THÔNG TIN QUAN TRỌNG VỀ CÁC QUYỀN KHÁNG NGHỊ CỦA QUÝ VỊ

Để biết thêm thông tin về các quyền kháng nghị của quý vị, hãy gọi cho chương trình bảo hiểm của quý vị hoặc xem Chứng từ Bảo hiểm của quý vị.

Có Hai Loại Kháng nghị Quý Vị Có Thể Nộp:

Kháng nghị Tiêu chuẩn (30 ngày) - Quý vị có thể yêu cầu kháng nghị tiêu chuẩn. Chương trình của quý vị phải đưa ra một quyết định cho quý vị không muộn hơn 30 ngày sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị

Khẩn (xem xét trong 72 giờ) - Quý vị có thể yêu cầu kháng nghị khẩn nếu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cho rằng sức khỏe của quý vị có thể bị ảnh hưởng nghiêm trọng nếu phải đợi quyết định quá lâu. Chương trình của quý vị phải đưa ra quyết định cho kháng nghị khẩn không muộn hơn 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị. Nếu bất kỳ bác sĩ nào yêu cầu kháng nghị khẩn cho quý vị, hoặc hỗ trợ quý vị thực hiện yêu cầu và bác sĩ cho biết rằng chờ đợi 30 ngày có thể ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe của quý vị, chương trình của quý vị sẽ tự động cho quý vị kháng nghị khẩn.

Nếu quý vị yêu cầu kháng nghị khẩn mà không có sự ủng hộ của một bác sĩ, chương trình sẽ quyết định liệu sức khỏe của quý vị có cần một kháng nghị khẩn hay không. Nếu chương trình của quý vị không cho quý vị kháng nghị khẩn, chương trình sẽ đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày.

Tôi Nên Gửi Kèm Những gì với Đơn Kháng nghị của Mình?

Quý vị nên gửi kèm: tên của quý vị, địa chỉ, Số ID hội viên, lý do kháng nghị, và bất cứ hồ sơ y tế hỗ trợ nào, thư của bác sĩ, hoặc thông tin khác giải thích lý do tại sao chương trình của quý vị nên cung cấp dịch vụ.

Hãy gọi cho bác sĩ nếu quý vị cần thông tin này để giúp quý vị thực hiện kháng nghị. Quý vị có thể gửi thông tin này hoặc trình bày thông tin này trực tiếp nếu quý vị muốn.

Làm thế nào Để Tôi Nộp Đơn Kháng nghị?

Đối với Kháng nghị Tiêu chuẩn: Quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền của mình nên gửi hoặc chuyển đơn kháng nghị bằng văn bản tới chương trình bảo hiểm y tế của quý vị theo địa chỉ được ghi ở Mẫu Đơn Kháng nghị và Khiếu nại của Hội viên Chương trình Medicare Advantage California.

Đối với Kháng nghị Khẩn: Quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền của mình nên liên lạc với chúng tôi bằng điện thoại hoặc fax sử dụng thông tin liên hệ được ghi ở Mẫu đơn Kháng nghị và Khiếu nại của Hội viên Chương trình Medicare Advantage California.

Điều gì xảy ra tiếp theo? Nếu quý vị kháng nghị, chương trình của quý vị sẽ xem xét quyết định của chúng tôi. Sau khi chương trình xem xét quyết định của chúng tôi, nếu bất kỳ dịch vụ nào quý vị yêu cầu vẫn bị từ chối, Medicare sẽ cung cấp cho quý vị một đợt xem xét mới và khách quan về vụ việc của quý vị do một người đánh giá không thuộc Tổ chức Medicare Advantage của quý vị thực hiện. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định đó, quý vị sẽ có quyền tiếp tục kháng nghị. Quý vị sẽ được thông báo về các quyền kháng nghị đó nếu điều này xảy ra.

Thông Tin Liên Lạc Khác:

Nếu quý vị cần thông tin hoặc giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi theo số:

Số điện thoại Miễn phí: **1-877-273-IEHP (4347)**

TTY: **1-800-718-4347**

Từ 8 giờ sáng tới 8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ.

Các Nguồn Trợ giúp khác Dành cho Quý vị:

Số Điện thoại Miễn phí của Trung tâm Quyền Medicare: **1-888-HMO-9050**

Thiết bị định vị Chăm sóc Người cao tuổi: Số điện thoại Miễn phí: **1-800-677-1116**

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY/TTD: 1-877-486-2048

24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) là một chương trình HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh tham gia IEHP DualChoice (HMO D-SNP) phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.