



Chương trình IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

DualChoice

Mẫu đơn Kháng nghị và Khiếu nại

Mẫu đơn này được sử dụng để quý vị đưa ra các gợi ý, nộp đơn khiếu nại chính thức, hoặc kháng nghị về bất kỳ một khía cạnh nào của sự chăm sóc hoặc dịch vụ được cung cấp cho quý vị. Luật pháp yêu cầu IEHP DualChoice hồi đáp lại đơn khiếu nại hoặc đơn kháng nghị của quý vị và chúng tôi có một 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 8:00 sáng tới 8:00 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 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 bất kỳ hành động tiêu cực nào 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:

Họ tên Hội viên (Họ, Tên, Chữ cái đầu của Tên đệm)

Mã Số Thẻ ID IEHP

Địa chỉ của Hội viên

Số Điện thoại Nhà

Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip

Số Điện thoại Nơi làm việc hoặc Số để Nhắn tin

Số Medicare

Nam/Nữ

Ngày sinh

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:

Họ tên: Điện thoại:

Mối quan hệ với Hội viên:

Địa chỉ:

Thành phố: Tiểu bang: Mã Zip:

Bản chất của đơn khiếu nại:

VỤ VIỆC DIỄN RA Ở ĐÂU? (GHI TÊN BỆNH VIỆN, BÁC SĨ HOẶC ĐỊA ĐIỂM KHÁC)

VIỆC NÀY ĐÃ XẢY RA KHI NÀO? (GHI GẦN ĐÚNG NGÀY/GIỜ NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CHẮC CHẮN)

NHỮNG NGƯỜI CÓ LIÊN QUAN ĐẾN VỤ VIỆC LÀ AI?

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

Vui lòng ký tên và **GỬI THƯ HOẶC FAX 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 8:00 sáng tới 8:00 tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ.

Ngày \_\_\_\_\_ Chữ ký Hội viên \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_ Chữ ký 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 được quý vị chỉ định 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 biết 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 8:00 sáng tới 8:00 tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả ngày lễ.

Nếu quý vị muốn ai đó đại diện cho quý vị, quý vị và người đại diện được ủy quyền của mình nên ký tên, ghi ngày và gửi cho chúng tôi trang 1 của mẫu đơn này, và trang đó sẽ là tuyên bố chỉ định người đại diện cho quý vị.

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

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

### Có Hai Kiểu Kháng nghị Quý vị Có thể Nộp:

**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. (Chương trình có thể tăng thời gian này lên tới 14 ngày nếu quý vị yêu cầu kéo dài thời gian hoặc nếu chương trình cần thêm thông tin và việc kéo dài có lợi cho 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. (Chương trình có thể tăng thời gian này lên tới 14 ngày nếu

quý vị yêu cầu kéo dài thời gian hoặc nếu chương trình cần thêm thông tin và việc kéo dài có lợi cho 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 ghi đầy đủ: họ tên, địa chỉ, số ID Hội viên, lý do kháng nghị của quý vị và bất kỳ bằng chứng nào quý vị muốn đính kèm. Quý vị có thể gửi hồ sơ bệnh án hỗ trợ, thư của bác sĩ, hoặc thông tin khác có thể giải thích tại sao chương trình nên cung cấp dịch vụ.

Gọi cho bác sĩ của quý vị nếu quý vị cần thông tin này để hỗ trợ quý với đơn kháng nghị của mình. Quý vị có thể gửi thông tin này hoặc đích thân cung cấp thông tin này nếu 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 Đơn Kháng nghị và Khiếu nại của Hội viên Chương trình Medicare Advantage California.

**Điều gì sẽ 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 hệ 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 8:00 sáng tới 8:00 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-HM0-9050**

**Công cụ Định vị Dịch vụ Chăm sóc Người Cao niên:** Số Điện thoại Miễn phí: **1-800-677-1116**

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

24 giờ mỗi 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.