

[Insert IPA logo]

Address/phone/fax/hours of operation

THÔNG BÁO HÀNH ĐỘNG Về Yêu Cầu Điều Trị của Quý Vị

<Date>

<To the Parents of: if under 16 years of age>

<Member's Name>

Treating Provider's Name:

<Requesting Provider Name>

<Address>

<Requesting Provider Address>

<City, State Zip>

<Requesting Provider City, State Zip>

Số Xác Nhận: <Reference Number>

VỀ VIỆC: [Service requested]

[Name of requesting provider] đã yêu cầu [IPA Name] phê duyệt [Service requested]. Chúng tôi không thể phê duyệt việc điều trị này theo cách thức thực hiện. Lý do là vì [Insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity].

Thay vào đó, chúng tôi sẽ phê duyệt: [Service approved].

Vui lòng tham khảo “Cẩm Nang Hội Viên”/Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage, EOC) của quý vị để biết thêm thông tin về bao trả quyền lợi.

Nếu quý vị cần dịch phần giải thích trên, vui lòng liên hệ:

Inland Empire Health Plan
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
(800) 440-4347 / (800) 718-4347 TTY

Quý vị có thể yêu cầu bản sao miễn phí của tất cả thông tin được sử dụng để đưa ra quyết định này. Trong đó bao gồm bản sao của thông tin cung cấp quyền lợi thực tế, hướng dẫn, quy trình hoặc tiêu chí là căn cứ để chúng tôi đưa ra quyết định của mình. Để yêu cầu bản sao này, vui lòng gọi điện hoặc viết thư tới địa chỉ:

[IPA Name]

[IPA Address]

[IPA Address]

[IPA Address]

[IPA Phone Number]

Quý vị có thể kháng cáo quyết định này. Thông báo cung cấp thông tin về “Quyền của Quý Vị” đính kèm sẽ hướng dẫn quý vị cách thực hiện. Thông báo này cũng cho quý vị biết quý vị có thể nhận trợ giúp miễn phí ở đâu. Điều này cũng có nghĩa là trợ giúp pháp lý miễn phí. Quý vị nên gửi bất kỳ thông tin nào có thể giúp ích cho trường hợp của quý vị. Thông báo “Quyền của Quý Vị” cho quý vị biết những hạn cuối để yêu cầu kháng cáo.

“Văn Phòng Thanh Tra” của Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý của Medi-Cal tại Tiểu Bang có thể giúp quý vị giải đáp mọi thắc mắc. Quý vị có thể gọi cho họ theo số 1-888-452-8609. Quý vị cũng có thể nhận được sự giúp đỡ từ bác sĩ của mình hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-800-440-4347.

Thông báo này không ảnh hưởng đến bất kỳ dịch vụ Medi-Cal nào khác của quý vị.

[Medical Director's Name]

Tài liệu đính kèm: “Quyền của Quý Vị trong Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý của Medi-Cal”
“Phần 1557 Thông Báo Giới Thiệu về Hỗ Trợ Ngôn Ngữ và Không Phân Biệt Đối Xử”

[Insert IPA logo]

Address/phone/fax/hours of operation

QUYỀN CỦA QUÝ VỊ TRONG CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC CÓ QUẢN LÝ CỦA MEDI-CAL

NẾU KHÔNG ĐỒNG Ý VỚI QUYẾT ĐỊNH ĐƯỢC ĐƯA RA ĐỐI VỚI VIỆC ĐIỀU TRỊ Y TẾ CỦA MÌNH, QUÝ VỊ CÓ THỂ NỘP ĐƠN KHÁNG CÁO. ĐƠN KHÁNG CÁO NÀY SẼ ĐƯỢC NỘP LÊN CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ.

HƯỚNG DẪN NỘP ĐƠN KHÁNG CÁO

Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo trong vòng **60 ngày** kể từ ngày nhận được thư “Thông Báo Hành Động” này. Tuy nhiên, **nếu quý vị hiện đang được điều trị và muốn tiếp tục được điều trị, quý vị phải yêu cầu kháng cáo trong vòng 10 ngày** kể từ ngày thư này được đóng dấu bưu điện hoặc giao cho quý vị HOẶC trước ngày chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị cho biết các dịch vụ sẽ ngừng lại. Quý vị phải cho biết quý vị muốn tiếp tục được điều trị khi nộp đơn kháng cáo.

Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo qua điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng phương thức điện tử:

- **Qua điện thoại:** Liên hệ với IEHP trong khoảng thời gian từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều bằng cách gọi số 1-800-440-IEHP (4347). Hoặc nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi số 1-800-718-4347.
- **Bằng văn bản:** Điền thông tin vào mẫu đơn kháng cáo hoặc viết thư và gửi đến:

Inland Empire Health Plan
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Văn phòng bác sĩ của quý vị sẽ cung cấp các mẫu đơn kháng cáo. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị cũng có thể gửi mẫu đơn cho quý vị.

- **Bằng phương thức điện tử:** Truy cập trang web của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Truy cập www.iehp.org.

Quý vị có thể tự mình nộp đơn kháng cáo. Hoặc quý vị có thể nhờ người thân, bạn bè, người ủng hộ, bác sĩ hoặc luật sư nộp đơn kháng cáo cho quý vị. Quý vị có thể gửi bất kỳ loại thông tin nào mà quý vị muốn chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình xem xét. Một bác sĩ khác không phải là bác sĩ đưa ra quyết định đầu tiên sẽ xem xét đơn kháng cáo của quý vị.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị sẽ phản hồi cho quý vị trong vòng 30 ngày. Vào thời điểm đó, quý vị sẽ nhận được thư “Thông Báo về Giải Quyết Kháng Cáo”.

Thư này sẽ cho quý vị biết quyết định của chương trình bảo hiểm sức khỏe. **Nếu không nhận được thư trong vòng 30 ngày, quý vị có thể:**

- Yêu cầu **“Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập” (Independent Medical Review, IMR)** và người đánh giá bên ngoài không liên quan đến chương trình bảo hiểm sức khỏe sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị.
- Yêu cầu **“Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang”** và thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của quý vị

Vui lòng đọc phần bên dưới để được hướng dẫn cách yêu cầu IMR hoặc Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

KHÁNG CÁO NHANH

Nếu cho rằng việc đợi 30 ngày sẽ tổn hại đến sức khỏe của mình, quý vị có thể nhận được câu trả lời trong vòng 72 giờ. Khi quý vị nộp đơn kháng cáo, hãy cho biết lý do tại sao việc chờ đợi sẽ tổn hại đến sức khỏe của quý vị. Đảm bảo là quý vị yêu cầu **“kháng cáo nhanh”**.

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐỒNG Ý VỚI QUYẾT ĐỊNH KHÁNG CÁO

Nếu quý vị đã nộp đơn kháng cáo và nhận được thư “Thông Báo về Giải Quyết Kháng Cáo” cho biết chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị sẽ vẫn không cung cấp các dịch vụ hoặc **quý vị chưa từng nhận được thư báo cho quý vị biết về quyết định này và đã 30 ngày trôi qua**, quý vị có thể:

- Yêu cầu **“Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập” (IMR)** và người đánh giá bên ngoài không liên quan đến chương trình bảo hiểm sức khỏe sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị
- Yêu cầu **“Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang”** và thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của quý vị

Quý vị có thể yêu cầu đồng thời IMR và Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Quý vị cũng có thể đưa ra yêu cầu này trước yêu cầu kia để xem liệu có giải quyết được vấn đề của quý vị trước không. Ví dụ: nếu quý vị yêu cầu IMR trước nhưng không đồng ý với quyết định đó, quý vị vẫn có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang sau đó. Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang trước nhưng phiên điều trần đã diễn ra thì quý vị không thể yêu cầu IMR. Trong trường hợp này, kết quả Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang sẽ có giá trị chung thẩm.

Quý vị sẽ không phải trả tiền cho IMR hoặc Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

DUYỆT XÉT Y KHOA ĐỘC LẬP (IMR)

Nếu muốn được IMR, trước tiên quý vị phải nộp đơn kháng cáo tới chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình. Nếu quý vị không nhận được phản hồi từ chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình trong vòng 30 ngày hoặc nếu quý vị không hài lòng với quyết định của chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, thì quý vị có thể yêu cầu IMR. Quý vị phải yêu cầu IMR trong vòng **180 ngày** kể từ ngày nhận được thư “Thông Báo về Giải Quyết Kháng Cáo”.

Quý vị có thể được IMR ngay lập tức mà không cần nộp đơn kháng cáo trước. Đó là trong các trường hợp sức khỏe của quý vị đang gặp nguy hiểm tức thì hoặc yêu cầu bị từ chối vì việc điều trị được coi là thử nghiệm hoặc nghiên cứu.

Đoạn dưới đây sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về cách yêu cầu IMR. Lưu ý rằng thuật ngữ “than phiền” sẽ đề cập đến cả “kiếu nại” và “kháng cáo”.

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có than phiền đối với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, trước tiên quý vị nên gọi điện thoại cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình theo số **1-800-440-IEHP (4347)** và sử dụng quy trình than phiền theo chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi liên hệ với Sở. Việc sử dụng quy trình than phiền này không ngăn cản bất kỳ quyền hoặc biện pháp khắc phục hợp pháp nào có thể có dành cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp về than phiền liên quan đến trường hợp khẩn cấp, than phiền chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc than phiền vẫn chưa được giải quyết trong hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi cho Sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để được Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện được IMR, quy trình IMR sẽ đưa ra đánh giá khách quan về các quyết định y tế do chương trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, quyết định bao trả cho các phương pháp điều trị mang tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp thanh toán cho các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn cước (**1-888-HMO-2219**) và đường dây TDD (**1-877-688-9891**) cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang Web Internet của Sở (<http://www.hmohelp.ca.gov>) có các mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

PHIÊN ĐIỀU TRẦN CẤP TIỂU BANG

Nếu muốn có Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, quý vị phải đưa ra yêu cầu trong vòng **120 ngày** kể từ ngày nhận được thư “Thông Báo về Giải Quyết Kháng Cáo”. Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang qua điện thoại hoặc bằng văn bản:

- Qua điện thoại: Vui lòng gọi số **1-800-952-5253**. Số điện thoại này có thể bận liên tục. Quý vị có thể nhận được thông báo yêu cầu gọi lại sau. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi số **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
- Bằng văn bản: Điền thông tin vào mẫu yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang hoặc gửi thư tới:

**California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430**

Hãy nhớ ghi tên, địa chỉ, số điện thoại, Số An Sinh Xã Hội và lý do quý vị muốn yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Nếu ai đó giúp quý vị yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, hãy ghi cả tên, địa chỉ và số điện thoại của họ vào mẫu yêu cầu hoặc thư. Nếu quý vị cần thông dịch viên, hãy cho chúng tôi biết ngôn ngữ của quý vị. Quý vị sẽ không phải trả tiền cho thông dịch viên. Chúng tôi sẽ bố trí một thông dịch viên cho quý vị.

Sau khi quý vị yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, thời gian để quyết định trường hợp của quý vị và phản hồi cho quý vị có thể kéo dài đến 90 ngày. Nếu cho rằng việc chờ đợi lâu như vậy sẽ tổn hại đến sức khỏe của mình, quý vị có thể nhận được câu trả lời trong vòng 3 ngày làm việc. Hãy yêu cầu bác sĩ hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị viết một lá thư cho quý vị. Thư đó phải giải thích chi tiết việc chờ đợi đến 90 ngày để có quyết định cho trường hợp của quý vị sẽ gây tổn hại nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe của quý vị hoặc khả năng đạt được, duy trì hoặc lấy lại chức năng hoạt động tối đa của quý vị như thế nào. Sau đó, hãy chắc chắn là quý vị yêu cầu **“phiên điều trần giải quyết nhanh”** và gửi thư cùng yêu cầu phiên điều trần của quý vị.

Quý vị có thể tự mình phát biểu tại Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Hoặc quý vị có thể nhờ người thân, bạn bè, người ủng hộ, bác sĩ hoặc luật sư phát biểu thay mặt quý vị. Nếu muốn người khác phát biểu thay mặt mình, quý vị phải báo cho văn phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang biết người đó được phép phát biểu thay mặt cho quý vị. Người này được gọi là “người đại diện được ủy quyền”.

TRỢ GIÚP PHÁP LÝ

Quý vị có thể được trợ giúp pháp lý miễn phí. Hãy gọi cho Sở Sự Vụ Người Tiêu Dùng của Tiểu Bang theo số 1-800-952-5210. Quý vị cũng có thể gọi cho Hiệp Hội Trợ Giúp Pháp Lý địa phương trong quận của quý vị theo số 1-888-804-3536.