

<IPA LOGO>

**THÔNG BÁO HÀNH ĐỘNG – KHÔNG ĐÀI THỌ**  
Về Yêu cầu Điều trị của Quý vị

<<Date>>

<<Member Name>>  
<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>  
<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

<<Treating Provider's Name>>  
<<Address>>  
<<City,>> <<State>> <<Zip>>

Mã số Định danh: <<Member ID Number>>; Số Hồ sơ: <<Insert case number>>

V/v: << Service Requested>>

*Thư này KHÔNG phải nhằm từ chối dịch vụ.*

Thư này cho quý vị biết rằng <IPA name> không thể cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã yêu cầu (được trình bày ở trên).

Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc từ <Entity responsible for carved-out service>. Quý vị có thể gọi cho họ theo số <telephone number>. Quý vị cũng có thể liên hệ với <IPA> và chúng tôi sẽ giúp quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc quý vị cần và liên hệ với <Entity responsible for carved-out service>. <Insert additional action taken by the Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member>.

Văn phòng Thanh tra Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medi-Cal của Tiểu bang có thể trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị. Quý vị có thể gọi cho họ theo số **1-888-452-8609**. Quý vị cũng có thể nhận được sự trợ giúp từ Bác sĩ của mình, hoặc gọi <IPA Contact> theo số <IPA phone and hours of operation>. Người dùng TTY nên gọi 711.

Thư này không thay đổi dịch vụ chăm sóc Medi-Cal khác của quý vị.

< Medical Director's Name or Reviewer's Name>

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

---

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐỒNG Ý VỚI QUYẾT ĐỊNH CỦA CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ VỀ CHĂM SÓC Y TẾ CỦA QUÝ VỊ, QUÝ VỊ CÓ THỂ YÊU CẦU CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ ĐỂ KHÁNG CÁO.

CÁCH YÊU CẦU MỘT KHÁNG CÁO?

Quý vị có 60 ngày kể từ ngày nhận được thư Thông báo Hành động này để yêu cầu kháng cáo tiêu chuẩn hoặc nhanh. Nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị quyết định cắt giảm, ngừng hoặc chấm dứt (các) dịch vụ mà quý vị đang nhận ngay bây giờ, quý vị có thể tiếp tục nhận (các) dịch vụ đó cho đến khi có quyết định kháng cáo của quý vị. Đây được gọi là Hỗ trợ Thanh toán Chờ giải quyết (Aid Paid Pending). Để đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Thanh toán Chờ giải quyết, quý vị phải yêu cầu chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình một kháng cáo trong vòng 10 ngày kể từ ngày có thư Thông báo Hành động này, hoặc trước ngày chương trình sức khỏe của quý vị cho biết sẽ có sự thay đổi đối với (các) dịch vụ của quý vị. Mặc dù chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị phải cung cấp cho quý vị Hỗ trợ Thanh toán Chờ giải quyết khi quý vị yêu cầu kháng cáo trong các mốc thời gian này ở trên, quý vị nên cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình biết khi quý vị yêu cầu một kháng cáo rằng quý vị muốn nhận Hỗ trợ Thanh toán Chờ giải quyết cho đến khi kháng cáo của quý vị được quyết định.

Nếu quý vị bỏ lỡ khoảng thời gian 10 ngày để yêu cầu kháng cáo HOẶC không yêu cầu kháng cáo trước ngày thay đổi đối với (các) dịch vụ của quý vị, quý vị vẫn có 60 ngày kể từ ngày có thư Thông báo Hành động này để yêu cầu kháng cáo. Tuy nhiên, quý vị sẽ không nhận được Hỗ trợ Thanh toán Chờ giải quyết trong khi kháng cáo của quý vị đang được quyết định.

Quý vị có thể tự mình yêu cầu kháng cáo. Hoặc, quý vị có thể nhờ một người nào đó như người thân, bạn bè, người biên hộ, bác sĩ hoặc luật sư để yêu cầu một người giúp quý vị. Người này được gọi là một Đại diện Được ủy quyền. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị có thể cung cấp một mẫu đơn để quý vị xác định Người đại diện được ủy quyền của mình. Quý vị, hoặc Người đại diện Được ủy quyền của quý vị, có thể gửi bất cứ thứ gì quý vị muốn chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình xem xét để đưa ra quyết định về kháng cáo của quý vị. Một bác sĩ khác với bác sĩ đưa ra quyết định đầu tiên sẽ xem xét kháng cáo của quý vị.

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

- Qua điện thoại: Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP theo số 1-800-440-IEHP (4347), Thứ Hai-Thứ Sáu, 7 giờ sáng-7 giờ tối, và Thứ Bảy-Chủ Nhật, 8 giờ sáng-5 giờ chiều. Nếu quý vị không thể nghe rõ hoặc diễn đạt tốt, vui lòng gọi TTY: 1-800-718-4347.
- Qua thư gửi đường bưu điện: Điền vào mẫu đơn kháng cáo hoặc viết thư và gửi đến: IEHP Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987

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

- Bằng hình thức điện tử: Truy cập trang web của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Truy cập <https://www.iehp.org/>.

Khi quý vị kháng cáo, quý vị phải cung cấp cho chương trình của quý vị:

- Tên của quý vị
- Địa chỉ của quý vị hoặc địa chỉ mà chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng cáo của quý vị (nếu quý vị không có địa chỉ hiện tại, quý vị vẫn có thể kháng cáo)
- Mã số hội viên của quý vị với chương trình của quý vị
- (Các) lý do quý vị kháng cáo quyết định của chương trình của quý vị
- Nếu quý vị muốn một kháng cáo tiêu chuẩn hoặc một kháng cáo nhanh. (Để kháng cáo nhanh, hãy cho chương trình của quý vị biết lý do quý vị cần.)
- Bất cứ điều gì quý vị muốn chương trình của quý vị xem xét cho thấy lý do tại sao quý vị cần dịch vụ. Ví dụ: quý vị có thể gửi cho họ:
  - Hồ sơ y tế từ nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị,
  - Thư từ nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị (chẳng hạn như tuyên bố từ nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị cho biết lý do tại sao quý vị cần kháng nghị nhanh), hoặc
  - Thông tin khác cho biết lý do quý vị cần dịch vụ

---

## KHI NÀO KHÁNG CÁO CỦA TÔI SẼ ĐƯỢC QUYẾT ĐỊNH?

Đối với Kháng cáo Tiêu chuẩn, chương trình sức khỏe của quý vị phải trả lời kháng cáo của quý vị bằng văn bản trong vòng 30 ngày. Nếu quý vị nghĩ rằng chờ đợi 30 ngày sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của quý vị, quý vị có thể nhận được quyết định sau 72 giờ. Khi quý vị yêu cầu kháng cáo với chương trình sức khỏe của mình, hãy nói lý do tại sao việc chờ đợi sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của quý vị. Đảm bảo rằng quý vị yêu cầu Kháng cáo Nhanh.

Đối với Kháng cáo Nhanh, chương trình sức khỏe của quý vị sẽ đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng cáo của quý vị và phải cố gắng thông báo bằng lời cho quý vị về quyết định của họ. Đối với cả kháng cáo Tiêu chuẩn và kháng cáo Nhanh, chương trình sức khỏe của quý vị sẽ gửi cho quý vị thư Thông báo Giải quyết Kháng cáo. Thư này sẽ cho quý vị biết chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị đã quyết định điều gì đối với kháng cáo của quý vị.

---

## TÔI CÓ THỂ YÊU CẦU MỘT CUỘC ĐÁNH GIÁ Y KHOA ĐỘC LẬP VÀ MỘT BUỔI ĐIỀU TRẦN CẤP TIỂU BANG KHÔNG?

Đánh giá Y khoa Độc lập là khi một (các) bác sĩ không liên quan đến chương trình bảo hiểm sức khỏe sẽ xem xét trường hợp của quý vị. Phiên Điều trần cấp Tiểu bang là khi thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của quý vị.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình sức khỏe liên quan đến (các) dịch vụ của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình cho một kháng cáo.

Nếu quý vị vẫn không đồng ý với quyết định của chương trình bảo hiểm sức khỏe đối với kháng cáo của quý vị hoặc đã ít nhất 30 ngày kể từ khi quý vị nộp đơn kháng cáo với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, quý vị có thể yêu cầu Đánh giá Y khoa Độc lập với Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý (Department of Managed Health Care, DMHC). Nhân viên DMHC sẽ xác định xem vấn đề của quý vị có đủ điều kiện để được Đánh giá Y khoa Độc lập hay không.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị không đủ điều kiện để yêu cầu Phiên điều trần cấp Tiểu bang cho đến khi quý vị hoàn thành quy trình kháng cáo nội bộ của chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình. Tuy nhiên, đôi khi quý vị có thể trực tiếp yêu cầu Phiên điều trần cấp Tiểu bang. Điều này có thể xảy ra nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị không thông báo cho quý vị một cách chính xác hoặc kịp thời về (các) dịch vụ của quý vị. Đây được gọi là Tình huống đã Hết cách (Deemed Exhaustion). Dưới đây là một số ví dụ về Tình huống đã hết cách:

- Chương trình bảo hiểm sức khỏe không gửi cho quý vị thư Thông báo Hành động bằng ngôn ngữ mong muốn của quý vị.
- Chương trình bảo hiểm sức khỏe đã mắc sai lầm ảnh hưởng đến bất kỳ quyền nào của quý vị.
- Chương trình bảo hiểm sức khỏe đã không cung cấp cho quý vị một lá thư Thông báo Hành động bằng văn bản để thông báo cho quý vị về hành động dự định của họ liên quan đến (các) dịch vụ của quý vị.
- Chương trình bảo hiểm sức khỏe đã sai sót trong thư Thông báo về Giải quyết Kháng cáo bằng văn bản.
- Chương trình bảo hiểm sức khỏe đã không quyết định kháng cáo của quý vị trong vòng 30 ngày và gửi cho quý vị một lá thư Thông báo về Giải quyết Kháng cáo.
- Chương trình bảo hiểm sức khỏe quyết định trường hợp của quý vị là khẩn cấp, nhưng không phản hồi đơn kháng cáo của quý vị trong vòng 72 giờ và gửi cho quý vị một lá thư Thông báo về Giải quyết Kháng cáo.

Đôi khi, quý vị có thể yêu cầu cả một buổi Đánh giá Y khoa Độc lập và một buổi Điều trần cấp Tiểu bang cùng một lúc. Quý vị cũng có thể yêu cầu một trong hai lựa chọn trước để xem liệu có giải quyết được vấn đề của quý vị trước không. Ví dụ, nếu quý vị yêu cầu một buổi Đánh giá Y khoa Độc lập trước và quý vị không đồng ý với những gì đã được quyết định, quý vị có thể yêu cầu một buổi Điều trần cấp Tiểu bang. Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu một Phiên điều trần cấp Tiểu bang trước và phiên điều trần của quý vị đã diễn ra, quý vị không thể yêu cầu một buổi Đánh giá Y khoa Độc lập. Trong trường hợp này, Phiên điều trần cấp tiểu bang có quyết định cuối cùng.

Quý vị sẽ không phải trả tiền cho buổi Đánh giá Y khoa Độc lập hay Phiên Điều trần Tiểu bang.

---

## LÀM CÁCH NÀO ĐỂ YÊU CẦU MỘT BUỔI ĐÁNH GIÁ Y KHOA ĐỘC LẬP?

Đoạn dưới đây cung cấp cho quý vị thông tin về cách yêu cầu Đánh giá Y khoa Độc lập với DMHC.<sup>1</sup> Lưu ý rằng thuật ngữ khiếu nại đang nói về cả than phiền và kháng cáo.

“Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý California có trách nhiệm điều hành các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại về 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), Thứ Hai – Thứ Sáu, 7 giờ sáng đến 7 giờ tối và Thứ Bảy – Chủ Nhật, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-800-718-4347 và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi liên hệ với sở. Sử dụng quy trình khiếu nại này không ngăn cấm bất kỳ quyền pháp lý hoặc các biện pháp khắc phục nào có thể sẵn có với quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ về khiếu nại liên quan đến một trường hợp cấp cứu, khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm y tế của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc khiếu nại đã quá 30 ngày mà vẫn chưa được giải quyết, quý vị có thể gọi cho sở để được giúp đỡ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện được Duyệt xét y khoa độc lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn cho IMR, quy trình IMR sẽ đánh giá khách quan về các quyết định y tế do chương trình bảo hiểm y tế đưa ra liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế đối với dịch vụ hoặc điều trị được đề xuất, các quyết định đòi hỏi chi trả cho phương pháp điều trị mang tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp thanh toán trong trường hợp cấp cứu hoặc các dịch vụ y tế khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và đường dây TDD (1-877-688-9891) dành cho người khiếm thính và khiếm thị. Trang web trên Internet của Sở <http://www.dmhc.ca.gov> có các mẫu đơn than phiền, mẫu đơn đăng ký IMR và các hướng dẫn trực tuyến.”

---

## CÁCH ĐỂ YÊU CẦU MỘT PHIÊN ĐIỀU TRẦN CẤP TIỂU BANG

Như đã nêu ở trên, quý vị có thể đủ điều kiện để yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang.

Quý vị có thể yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang theo những cách sau:

- Trực tuyến tại [www.cdss.ca.gov](http://www.cdss.ca.gov)
- Qua điện thoại: Gọi số 1-800-743-8525. Số điện thoại này có thể thường rất bận. Quý vị có thể nhận được một tin nhắn để gọi lại sau. Nếu quý vị không thể nói tốt hoặc không thể nghe rõ, vui lòng gọi TTY/TDD 1-800-952-8349.
- Qua thư gửi đường bưu điện: Điền vào mẫu đơn yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang hoặc gửi thư. Gửi mẫu đơn qua thư hoặc fax đến:

Gửi thư tới: California Department of Social Services  
State Hearings Division

---

<sup>1</sup> Mã Sức khỏe và An toàn (Health and Safety Code, HSC) Mục 1368.02(b). HSC có thể tìm kiếm được tại: <http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/home.xhtml>.

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

Fax: (916) 309-3487 hoặc số điện thoại miễn phí theo số 1-833-281-0903

Mẫu đơn yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang được gửi kèm với thư này. Hãy nhớ ghi tên, địa chỉ, số điện thoại, Số An sinh Xã hội và/hoặc số CIN và lý do quý vị yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang. Nếu ai đó đang giúp quý vị yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang, hãy thêm tên, địa chỉ và số điện thoại của họ vào mẫu đơn hoặc thư đó. Nếu quý vị cần thông dịch viên, hãy cho Bộ phận Điều trần Tiểu bang biết ngôn ngữ quý vị sử dụng. Quý vị sẽ không phải trả tiền cho thông dịch viên. Bộ phận Điều trần Tiểu bang sẽ cung cấp một thông dịch viên cho quý vị. Nếu quý vị bị khuyết tật, Bộ phận Điều trần Tiểu bang có thể cung cấp cho quý vị những biện pháp trợ giúp đặc biệt miễn phí để giúp quý vị tham gia phiên điều trần. Vui lòng bao gồm thông tin về tình trạng khuyết tật của quý vị và biện pháp hỗ trợ quý vị cần.

Sau khi quý vị yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang, có thể mất đến 90 ngày để quyết định trường hợp của quý vị và gửi cho quý vị câu trả lời. Nếu quý vị cho rằng việc chờ đợi 90 ngày sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của mình, quý vị có thể yêu cầu một Phiên Điều trần Nhanh. Nếu Bộ phận Điều trần Tiểu bang chấp thuận yêu cầu Điều trần Nhanh của quý vị, quý vị có thể nhận được quyết định điều trần trong vòng 3 ngày kể từ ngày Bộ phận này nhận được hồ sơ trường hợp của quý vị từ chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị.

Quý vị có thể yêu cầu một Phiên Điều trần Nhanh bằng cách gọi cho Bộ phận Điều trần Tiểu bang theo số điện thoại ở trên. Hoặc, quý vị có thể gửi mẫu đơn Điều trần cấp Tiểu bang hoặc một lá thư đến Ban Điều trần cấp Tiểu bang. Quý vị phải giải thích việc chờ đợi đến 90 ngày để có quyết định sẽ ảnh hưởng như thế nào đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng có được hoặc giữ được chức năng tối đa của quý vị. Quý vị cũng có thể nhận được một lá thư từ bác sĩ của quý vị để giúp cho biết lý do tại sao quý vị cần một Phiên Điều trần Nhanh.

Quý vị có thể tự mình lên tiếng tại Phiên điều trần cấp Tiểu bang. Hoặc, quý vị có thể nhờ một người nào đó như người thân, bạn bè, người bảo vệ quyền lợi, bác sĩ hoặc luật sư có thể phát biểu thay quý vị. Nếu quý vị muốn người khác nói thay mình, thì quý vị phải ký vào một biểu mẫu thông báo với Bộ phận Điều trần Tiểu bang rằng người đó có thể nói thay quý vị. Người này được gọi là một Đại diện Được ủy quyền.

### TRỢ GIÚP PHÁP LÝ

Quý vị có thể được trợ giúp pháp lý miễn phí. Hãy gọi Sở các Vấn đề Người tiêu dùng Tiểu bang theo (State Department of Consumer Affairs) số 1-800-952-5210. Quý vị cũng có thể gọi Văn phòng Trợ giúp Pháp lý địa phương ở quận của quý vị theo số 1-888-804-3536.

**BIỂU MẪU ĐỂ NỘP MỘT ĐƠN ĐỀ NGHỊ PHIÊN ĐIỀU TRẦN CẤP TIỂU BANG  
TỪ MỘT SỰ TỪ CHỐI CHĂM SÓC CÓ QUẢN LÝ**

Quý vị có thể yêu cầu Phiên điều trần cấp Tiểu bang bằng cách gọi: **1-800-743-8525**. Người dùng TDD, gọi số **1-800-952-8349**. Quý vị cũng có thể yêu cầu một phiên điều trần theo những cách sau:

- Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần **TRỰC TUYẾN** tại **WWW.CDSS.CA.GOV**
- Quý vị có thể điền vào mẫu đơn này và gửi **FAX** tới Phiên điều trần cấp Tiểu bang theo số **916-309-3487**
- Quý vị có thể điền vào mẫu đơn này và gửi **EMAIL** cho **SCOPEOFBENEFIT S@DSS.CA.GOV**
- (Lưu ý: Nếu quý vị gửi nó qua email, vui lòng hiểu rằng sẽ có nguy cơ một người nào đó không phải là Bộ phận Điều trần Tiểu bang có thể chặn email của quý vị. Vui lòng cân nhắc việc sử dụng một phương pháp an toàn hơn khi gửi yêu cầu của quý vị.)
- Quý vị cũng có thể **GỬI THƯ** Yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang này tới:

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

*Để được trợ giúp miễn phí, hãy điền vào mẫu đơn này, hãy gọi số điện thoại trợ giúp pháp lý được liệt kê trong Thông báo 'Các Quyền của Quý vị' được gửi kèm.*

Tôi không đồng ý với quyết định về việc chăm sóc y tế của mình. Nêu phương pháp điều trị, thuốc, thiết bị hoặc dịch vụ mà bác sĩ yêu cầu. Tôi không đồng ý vì:

---

---

---

---

---

(Nếu quý vị cần thêm không gian, hãy sử dụng một tờ giấy khác và gửi kèm cùng với tờ giấy này.)

**VUI LÒNG CUNG CẤP THÔNG TIN NÀY VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG**  
(Đây là người đã bị từ chối quyền lợi y tế)

**TÊN:** \_\_\_\_\_

**NGÀY SINH:** \_\_\_\_\_

**ĐỊA CHỈ (Nơi quý vị nhận thư):** \_\_\_\_\_

**SỐ ĐIỆN THOẠI:** \_\_\_\_\_

Chúng tôi có được quý vị cho phép để liên lạc với quý vị qua email không? [ ] CÓ  
[ ] KHÔNG

Nếu có, **ĐỊA CHỈ EMAIL** của quý vị là gì: \_\_\_\_\_

Vui lòng cung cấp **Số Thẻ Medi-Cal BIC và/hoặc Số An sinh Xã hội** của quý vị nếu quý vị có:  
\_\_\_\_\_

Quý vị có Straight Medi-Cal (Trả Phí theo Dịch vụ) hay Chăm sóc Có Quản lý (Managed Care) không?  
\_\_\_\_\_

Nếu được Chăm sóc có Quản lý, tên **CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE** của quý vị là gì:  
\_\_\_\_\_

**VUI LÒNG TRẢ LỜI MỌI CÂU HỎI ÁP DỤNG CHO NGƯỜI THU HƯỞNG**

Bác sĩ của tôi đã yêu cầu quyền lợi sức khỏe này vào ngày này: \_\_\_\_\_

Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe đã từ chối quyền lợi sức khỏe này vào ngày này: \_\_\_\_\_

Tôi đã kháng cáo vụ việc lên Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe:

CÓ [ ] Vào ngày nào? \_\_\_\_\_ KHÔNG [ ]

Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe đã đưa ra câu trả lời cho kháng cáo:

CÓ [ ] Vào Ngày nào? \_\_\_\_\_ KHÔNG [ ]

Quý vị có yêu cầu Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe về kháng cáo nhanh (72 Giờ) không?

[ ] CÓ [ ] KHÔNG

Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe có quyết định kháng cáo trong 72 Giờ không? [ ] CÓ

[ ] KHÔNG

**TÔI CẦN NHỮNG ĐIỀU NÀY CHO PHIÊN ĐIỀU TRẦN CỦA MÌNH (đánh dấu vào các Ô này nếu những mục đó áp dụng cho quý vị):**

**Tôi cần một Phiên Điều trần Nhanh vì tình hình của tôi là khẩn cấp.** Trường hợp của tôi phải được quyết định rất nhanh và tôi không thể đợi đến 90 ngày. Đây là những gì sẽ xảy ra nếu không có quyết định nhanh:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**GIẢI THÍCH TẠI SAO QUÝ VỊ KHÔNG THỂ CHỜ ĐẾN 90 NGÀY.** Nếu quý vị không giải thích, trường hợp của quý vị sẽ không được giải quyết và sẽ được xếp lịch theo lịch thông thường. Quý vị có thể gửi thư từ bác sĩ hoặc chương trình cho biết lý do tại sao quý vị không thể chờ đợi.

- Dịch vụ Liên tục/Hỗ trợ Thanh toán Chờ giải quyết: Hãy tiếp tục điều trị của tôi** cho đến khi Thẩm phán quyết định trường hợp của tôi. (Mô tả phương pháp điều trị mà quý vị muốn tiếp tục và cho biết ngày nào chương trình đã dừng hoặc dự định dừng nó):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Tôi muốn một Thông dịch viên Miễn phí.** Ngôn ngữ hay phương ngữ của tôi là: \_\_\_\_\_

- Tôi bị khuyết tật và muốn có một biện pháp hỗ trợ hợp lý để giúp tôi tham gia phiên điều trần.** (Các) biện pháp hỗ trợ tôi muốn là:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Tôi muốn người khác nói giúp tôi (đại diện cho tôi) tại phiên điều trần.** Người đó có thể xem hồ sơ y tế của tôi liên quan đến phiên điều trần này và họ sẽ đến phiên điều trần. Người tôi đã chọn để nói chuyện thay cho tôi là:

Tên: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Chữ ký của tôi: \_\_\_\_\_ Ngày hôm nay: \_\_\_\_\_

**GỬI MẪU ĐƠN NÀY CÙNG VỚI MỘT BẢN SAO CỦA LÁ THƯ (THÔNG BÁO VỀ VIỆC GIẢI QUYẾT KHÁNG CÁO) MÀ QUÝ VỊ NHẬN ĐƯỢC TỪ CHƯƠNG TRÌNH CỦA MÌNH NẾU QUÝ VỊ CÓ NÓ. (NẾU QUÝ VỊ MUỐN CÓ MỘT BẢN SAO CỦA MẪU ĐƠN NÀY CHO CHÍNH MÌNH, HÃY SAO CHÉP MẪU ĐƠN NÀY TRƯỚC KHI QUÝ VỊ GỬI ĐI.)**