

<IPA logo>

THÔNG BÁO HÀNH ĐỘNG – CHẤM DỨT

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 Hội viên: <<Member ID Number>>; Vụ việc số: <<Insert case number>>

V/v: <<Service to be terminated>>

Quý vị hiện đang nhận *[service to be terminated]*. Dịch vụ chăm sóc này không còn được phê duyệt. *[Service to be terminated]* sẽ chấm dứt vào *[date]*. Điều này là do *[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].*

<IPA> sẽ ngừng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc này vào *[date]*.

Quý vị có thể lấy các bản sao miễn phí về tất cả thông tin được sử dụng để đưa ra quyết định này. Để lấy bản sao này, hãy gọi cho <IPA> theo số <IPA Contact Information>.

Quý vị có thể kháng nghị quyết định này. Thư về “Quyền của Quý vị” được gửi kèm cho quý vị biết cách kháng nghị. Thư này cũng cho quý vị biết làm thế nào quý vị có thể nhận được giúp đỡ miễn phí. Điều này cũng bao gồm trợ giúp pháp luật miễn phí. Quý vị có thể gửi đến bất kỳ thông tin nào có thể có ích cho trường hợp của quý vị. Thư “Quyền của Quý vị” cho quý vị biết ngày cuối cùng quý vị có thể yêu cầu kháng nghị.

"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 văn phòng theo số **1-888-452-8609**. Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp từ bác sĩ của quý vị hoặc gọi cho <IPA Contact> theo số <IPA phone number and hours of operations>. Người dùng TTY xin gọi số **1-800-718-4347**.

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

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

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

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐỒNG Ý VỚI QUYẾT ĐỊNH MÀ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM Y TẾ CỦA MÌNH ĐẶT RA CHO VIỆC CHĂM SÓC SỨC KHOẺ CỦA QUÝ VỊ, QUÝ VỊ CÓ THỂ YÊU CẦU KHÁNG NGHỊ VỚI CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM Y TẾ CỦA MÌNH.

LÀM THẾ NÀO ĐỂ YÊU CẦU KHÁNG NGHỊ?

Quý vị có 60 ngày kể từ ngày nhận được thư Thông báo Hành động này để yêu cầu kháng nghị tiêu chuẩn hoặc nhanh chóng. Nếu chương trình bảo hiểm y tế của quý vị quyết định giảm bớt, tạm dừng hoặc chấm dứt (các) dịch vụ mà quý vị đang nhận, thì quý vị có thể tiếp tục nhận (các) dịch vụ đó cho đến khi kháng nghị của quý vị được quyết định. Đây được gọi là Hỗ trợ thanh toán chờ giải quyết. Để đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Thanh toán Chờ Giải quyết, quý vị phải yêu cầu chương trình bảo hiểm y tế của mình kháng nghị trong vòng 10 ngày kể từ ngày nhận được thư Thông báo Hành động này hoặc trước ngày chương trình bảo hiểm y tế của quý vị cho biết sẽ có thay đổi đối với (các) dịch vụ của quý vị. Mặc dù chương trình bảo hiểm y tế của quý vị phải cung cấp cho quý vị Hỗ trợ Thanh toán Chờ Giải quyết khi quý vị yêu cầu kháng nghị trong các mốc thời gian trên, nhưng quý vị nên cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị biết khi quý vị yêu cầu kháng nghị rằng quý vị muốn nhận Hỗ trợ Thanh toán Chờ Giải quyết cho đến khi kháng nghị của quý vị được quyết định.

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

Quý vị có thể tự yêu cầu kháng nghị. Hoặc, một người nào đó như người thân, bạn bè, người bảo vệ quyền lợi, bác sĩ hoặc luật sư có thể yêu cầu thay quý vị. Người này được gọi là một Đại diện được Ủy quyền. Chương trình bảo hiểm y tế của quý vị có thể cung cấp một mẫu đơn để quý vị xác định Đại diện được Ủy quyền của mình. Quý vị, hoặc Đại diện được Ủy quyền của quý vị, có thể gửi bất cứ thứ gì quý vị muốn chương trình bảo hiểm y tế của quý vị xem xét để đưa ra quyết định về kháng nghị của quý vị. Một bác sĩ khác với bác sĩ đã đưa ra quyết định đầu tiên sẽ xem xét đơn kháng nghị của quý vị.

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

- Qua điện thoại: Liên hệ Ban Dịch Vụ Hội Viên của IEHP từ *Thứ Hai đến Thứ Sáu* 7 giờ sáng-7 giờ tối , và *Thứ Bảy-Chủ Nhật*, 8 giờ sáng-5 giờ chiều, bằng cách gọi 1-877-273-4347. Nếu quý vị không thể nghe rõ hoặc nói tốt, vui lòng gọi TTY: 1-800-718-4347.

- Qua thư gửi đường bưu điện: Điền vào mẫu đơn kháng nghị 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 y tế 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 y tế của quý vị. Truy cập <https://www.iehp.org/>.

Khi quý vị kháng nghị, 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 nghị của quý vị (nếu quý vị không có địa chỉ hiện tại, quý vị vẫn có thể kháng nghị)
- Mã số hội viên của quý vị với chương trình của quý vị
- (Các) lý do quý vị kháng nghị quyết định của quý vị
- Nếu quý vị muốn một kháng nghị tiêu chuẩn hoặc một kháng nghị nhanh. (Để kháng nghị 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 KHI NÀO KHÁNG NGHỊ CỦA TÔI ĐƯỢC QUYẾT ĐỊNH?

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

Đối với Kháng nghị Cấp tốc, chương trình bảo hiểm y tế của quý vị sẽ đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng nghị của quý vị và phải cố gắng thông báo bằng miệng cho quý vị về quyết định của mình. Đối với cả kháng nghị Tiêu chuẩn và Cấp tốc, chương trình bảo hiểm y tế của quý vị sẽ gửi cho quý vị một lá thư Thông báo về Giải quyết Kháng nghị. Thư này sẽ cho quý vị biết chương trình bảo hiểm y tế của quý vị đã quyết định gì về kháng nghị của quý vị.

TÔI CÓ THỂ YÊU CẦU THẨM ĐỊNH Y TẾ ĐỘC LẬP VÀ MỘT PHIÊN ĐIỀU TRẦN TIỂU BANG KHÔNG?

Thẩm định Y tế Độc lập là nơi (các) bác sĩ không liên quan đến chương trình bảo hiểm y tế sẽ xem xét trường hợp của quý vị. Phiên Điều trần Tiểu bang là nơi thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của quý vị.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình bảo hiểm y tế của quý vị về (các) dịch vụ của mình, quý vị có thể yêu cầu kháng nghị với chương trình bảo hiểm y tế của quý vị. Nếu quý vị vẫn không đồng ý với quyết định của chương trình bảo hiểm y tế của quý vị về kháng nghị của mình hoặc đã ít nhất 30 ngày kể từ khi quý vị nộp đơn kháng nghị cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, quý vị có thể yêu cầu Thẩm định Y tế Độc lập với Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý (DMHC). Nhân viên DMHC sẽ xác định xem vấn đề của quý vị có đủ điều kiện để được Thẩm định Y tế Độc lập hay không.

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

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

Đôi khi, quý vị có thể yêu cầu cả Thẩm định Y tế Độc lập và Phiên Điều trần Tiểu bang cùng lúc. Quý vị cũng có thể yêu cầu một trong hai lựa chọn trước để xem liệu một trong hai phương thức đó có giải quyết được vấn đề của quý vị trước không. Ví dụ, nếu quý vị yêu cầu Thẩm định Y tế Độc lập trước và quý vị không đồng ý với những gì đã được quyết định, quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang. Nhưng, nếu quý vị yêu cầu một Phiên Điều trần Tiểu bang trước, và phiên điều trần của quý vị đã diễn ra, thì quý vị không thể yêu cầu Thẩm định Y tế Độc lập nữa. Trong trường hợp này, Phiên Điều trần Tiểu bang có quyết định cuối cùng.

Quý vị sẽ không phải trả tiền cho Thẩm định Y tế Độc lập hay Phiên Điều trần Tiểu bang.

LÀM THẾ NÀO ĐỂ YÊU CẦU THẨM ĐỊNH Y TẾ ĐỘC LẬP?

Đoạn văn dưới đây cung cấp cho quý vị thông tin về cách yêu cầu Thẩm định Y tế Độc lập với DMHC.¹ Lưu ý rằng thuật ngữ khiếu nại đang nói về cả than phiền và kháng nghị.

“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 sức khỏe của mình, trước tiên quý vị nên gọi điện thoại cho chương trình sức khỏe của mình 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 tối. Người dùng TTY gọi số 1-800-718-4347 và áp dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm y tế 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 đài thọ 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 ngôn. Trang web 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.”

LÀM THẾ NÀO ĐỂ YÊU CẦU MỘT PHIÊN ĐIỀU TRẦN TIỂU BANG

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

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

- Yêu cầu trực tuyến tại 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 viết thư. Gửi qua đường bưu điện hoặc fax tới:

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

¹ Bộ luật Sức khỏe và An toàn (HSC) Mục 1368.02(b). Có thể tìm kiếm HSC tại: <http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/home.xhtml>.

Fax: (916) 309-3487 hoặc số miễn phí tại 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 Ban Điều trần Tiểu bang biết ngôn ngữ quý vị sử dụng. Quý vị sẽ không phải trả tiền cho thông dịch viên. Ban Điều trần Tiểu bang sẽ giúp sắp xếp thông dịch viên cho quý vị. Nếu quý vị bị khuyết tật, Ban Điều trần Tiểu bang có thể cung cấp cho quý vị những trợ giúp đặc biệt miễn phí để giúp quý vị tham gia phiên điều trần. Vui lòng đính kèm thông tin về tình trạng khuyết tật của quý vị và những trợ giúp đặc biệt 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 nghĩ rằng việc chờ đợi 90 ngày sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của mình, quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều trần Cấp tốc. Nếu Ban 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 nhận được hồ sơ vụ việc của quý vị từ chương trình bảo hiểm y tế của quý vị.

Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều trần Khẩn cấp bằng cách gọi cho Ban Điều trần Tiểu bang theo số điện thoại ở trên. Hoặc, quý vị có thể gửi mẫu đơn Điều trần Tiểu bang hoặc một lá thư đến Ban Điều trần Tiểu bang. Quý vị phải giải thích việc chờ đợi tới 90 ngày để có quyết định sẽ gây tổn hại đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng đạt được hoặc duy trì chức năng tối đa của quý vị như thế nào. Quý vị cũng có thể nhận được một lá thư từ bác sĩ của mình để giúp trình bày lý do tại sao quý vị cần một Phiên điều Cấp tốc.

Quý vị có thể tự mình phát biểu tại Phiên Điều trần Tiểu bang. Hoặc, 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 phát biểu thay quý vị, thì quý vị phải ký vào một mẫu thông báo cho Ban Điều trần Tiểu bang rằng người đó có thể phát biểu 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 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.

MẪU ĐƠN YÊU CẦU PHIÊN ĐIỀU TRẦN TIỂU BANG KHI BỊ TỪ CHỐI CHĂM SÓC CÓ QUẢN LÝ

Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang bằng cách gọi: **1-800-743-8525**. Người dùng TDD gọi theo số **1-800-952-8349**. Quý vị có thể yêu cầu 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** đến Phiên Điều trần Tiểu bang theo số **916-309-3487**
- Quý vị có thể điền vào mẫu đơn này và **GỬI EMAIL** tới SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV
- (Ghi chú: Nếu quý vị gửi qua email, *vui lòng hiểu rằng có nguy cơ một người nào đó không phải là Ban Điều trần Tiểu bang có thể chặn email của quý vị. Vui lòng cân nhắc sử dụng một phương thức an toàn hơn để gửi yêu cầu của quý vị.*)
- Quý vị cũng có thể **GỬI THƯ** Yêu cầu Phiên Điều trần 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 điền vào mẫu đơn này, hãy gọi đến số điện thoại trợ giúp pháp lý được liệt kê trong Thông báo 'Quyền của Quý vị' đính kèm

Tôi không đồng ý với quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của tôi. Nêu rõ 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 chỗ trống, hãy sử dụng một tờ giấy khác và đính kèm nó vào tờ giấy này.)

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

TÊN: _____

NGÀY SINH: _____

ĐỊA CHỈ (Nơi quý vị có thể nhận thư): _____

SỐ ĐIỆN THOẠI: _____

Chúng tôi có được phép 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 BIC Medi-Cal** của quý vị và/hoặc **Số An sinh Xã hội** nếu quý vị có: _____

Quý vị có Straight Medi-Cal (**Phí Dịch vụ**) hoặc **Managed Care** không?

Nếu có **Managed Care**, tên của **CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM Y TẾ** của quý vị là gì:

VUI LÒNG TRẢ LỜI MỌI CÂU HỎI DÀNH CHO NGƯỜI THU HƯỞNG

Bác sĩ Của tôi đã yêu cầu quyền lợi ích về y tế này vào ngày này: _____

Chương trình Bảo hiểm Y tế từ chối quyền lợi ích về y tế này vào ngày này: _____

Tôi đã kháng nghị vụ việc cho Chương trình Bảo hiểm Y tế:

CÓ [] Vào ngày nào? _____ KHÔNG []

Chương trình Bảo hiểm Y tế đã đưa ra câu trả lời cho kháng nghị:

CÓ [] Vào Ngày nào? _____ KHÔNG []

Quý vị có yêu cầu Chương trình Bảo hiểm Y tế kháng nghị cấp tốc (72 Giờ) không?

[] CÓ [] KHÔNG

Chương trình Bảo hiểm Y tế có quyết định kháng nghị trong 72 Giờ không?

[] CÓ [] KHÔNG

TÔI CẦN NHỮNG ĐIỀU NÀY CHO PHIÊN ĐIỀU TRẦN CỦA TÔI (Đánh dấu vào các Ô này nếu áp dụng cho quý vị):

- Tôi cần một Phiên Điều trần Cấp tốc vì tình huống 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 chóng:

GIẢI THÍCH LÝ DO QUÝ VỊ KHÔNG THỂ CHỜ ĐẾN 90 NGÀY. Nếu quý vị không giải thích, trường hợp của quý vị sẽ không được giải quyết nhanh và sẽ được xếp vào lịch bình thường. Quý vị có thể gửi thư từ bác sĩ hoặc chương trình của mình để trình bày lý do quý vị không thể chờ.

- Các Dịch vụ Tiếp tục / Hỗ trợ Thanh toán Chờ Giải quyết: Vui lòng tiếp tục việc điều trị của tôi** cho đến khi Thẩm phán quyết định vụ việc của tôi. (Mô tả phương pháp điều trị mà quý vị muốn tiếp tục và cho biết ngày chương trình đã dừng hoặc dự định dừng phương pháp đó):

Tôi muốn có một Thông dịch viên Miễn phí. Ngôn ngữ hay phương ngữ của tôi là:

Tôi bị khuyết tật và muốn có một phương tiện hỗ trợ hợp lý để giúp tôi tham gia phiên điều trần của mình. (Những) phương tiện hỗ trợ đặc biệt tôi muốn là:

Tôi muốn người khác phát biểu thay tôi (đại diện cho tôi) tại phiên điều trần. Cô ấy/anh ấy có thể xem hồ sơ y tế của tôi liên quan đến phiên điều trần này và đến tham dự phiên điều trần. Người tôi đã chọn để phát biểu thay cho tôi là:

Tên: _____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ: _____

Chữ ký của tôi: _____ Ngày Hôm nay: _____

GỬI MẪU ĐƠN NÀY CÙNG MỘT BẢN SAO THƯ (THÔNG BÁO GIẢI QUYẾT KHIẾU NAI) QUÝ VI NHẬN ĐƯỢC TỪ CHƯƠNG TRÌNH CỦA QUÝ VI NẾU QUÝ VI CÓ. (NẾU QUÝ VI MUỐN CÓ BẢN SAO CỦA MẪU ĐƠN NÀY CHO MÌNH, HÃY SAO CHÉP NÓ TRƯỚC KHI GỬI.)