

## "QUYỀN CỦA QUÝ VỊ"

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

#### Làm thế nào để nộp đơn phản nài

Nếu quý vị có vấn đề với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình hoặc không hài lòng với dịch vụ chăm sóc hoặc dịch vụ mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp, quý vị có thể nộp đơn phản nài (than phiền). Quý vị nộp đơn than phiền này với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị.

**Không có giới hạn thời gian để nộp đơn than phiền.**

Quý vị có thể nộp đơn than phiền qua điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng điện tử:

- **Qua điện thoại:** Gọi cho Alameda Alliance for Health từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều tại **1.877.932.2738**. Người khiếm thính và khiếm ngôn (CRS/TTY), vui lòng gọi **711/1.800.735.2929**.
- **Bằng văn bản:** Điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến:  
**Alameda Alliance for Health**  
**1240 South Loop Road**  
**Alameda, CA 94502**

Văn phòng bác sĩ của quý vị có các mẫu đơn khiếu nại. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị cũng có thể gửi một mẫu đơn cho quý vị.

- **Điện tử:** Vào trang mạng chương trình bảo hiểm sức khỏe tại [www.alamedaalliance.org](http://www.alamedaalliance.org).

Nếu quý vị cần được trợ giúp nộp đơn than phiền hoặc quý vị cần dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, xin gọi:

**1.877.932.2738**. Người khiếm thính và khiếm ngôn (CRS/TTY), vui lòng gọi **711/1.800.735.2929**.

Quý vị có thể tự nộp đơn than phiền. Hoặc, quý vị có thể nhờ người nào đó như người thân, bạn bè, người hỗ trợ, bác sĩ hoặc luật sư nộp đơn than phiền cho quý vị. Người này được gọi là "người đại diện được ủy quyền." Quý vị có thể gửi bất kỳ cái gì mà quý vị muốn chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị duyệt xét.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị có **30 ngày** để trả lời cho quý vị. Đến lúc đó, quý vị sẽ nhận được một lá thư "Thông Báo Giải Quyết Phàn Nàn". Lá thư này sẽ cho quý vị biết chương trình bảo hiểm sức khỏe đã quyết định như thế nào.

### **Phàn nàn cấp tốc**

Nếu quý vị cảm thấy việc đợi **30 ngày** sẽ làm 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 than phiền, hãy cho biết lý do tại sao việc chờ **30 ngày** sẽ làm tổn hại đến sức khỏe của quý vị. Hãy chắc chắn rằng quý vị yêu cầu một "**phàn nàn cấp tốc**".

### **Làm thế nào để nộp đơn khiếu nại**

Nếu quý vị không đồng ý với một quyết định được đưa ra cho việc điều trị y tế của quý vị, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Quý vị nộp đơn khiếu nại này được đệ trình với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị.

Quý vị có **60 ngày** kể từ ngày đưa ra thư "Thông Báo Quyết Định" này để nộp đơn khiếu nại. Nhưng, nếu quý vị đang được điều trị **bây giờ** và muốn tiếp tục được điều trị, quý vị phải yêu cầu khiếu nại trong vòng **10 ngày** kể từ ngày lá thư này được đóng dấu bưu điện hoặc gửi tới cho quý vị, hoặc trước ngày chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị cho biết các dịch vụ sẽ dừng lại. Khi quý vị nộp đơn khiếu nại, quý vị phải nói rằng quý vị muốn tiếp tục được điều trị.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại qua điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng điện tử:

- **Qua điện thoại:** Gọi cho Alameda Alliance for Health từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều tại **1.877.932.2738**. Người khiếm thính và khiếm ngôn (CRS/TTY), vui lòng gọi **711/1.800.735.2929**.
- **Bằng văn bản:** Điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến:  
**Alameda Alliance for Health**  
**1240 South Loop Road**  
**Alameda, CA 94501**

Văn phòng bác sĩ của quý vị có các mẫu đơn khiếu nại. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị cũng có thể gửi một mẫu đơn cho quý vị.

- **Điện tử:** Vào trang mạng chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị tại **[www.alamedaalliance.org](http://www.alamedaalliance.org)**.

Quý vị có thể tự mình nộp đơn khiếu nại. Hoặc, quý vị có thể nhờ người nào đó như người thân, bạn bè, người hỗ trợ, bác sĩ hoặc luật sư nộp đơn khiếu nại cho quý vị. Người này được gọi là "người đại diện được ủy quyền." Quý vị có thể gửi bất kỳ cái gì mà quý vị muốn chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị duyệt xét. Một bác sĩ khác với bác sĩ đã đưa ra quyết định đầu tiên sẽ xem xét khiếu nại của quý vị.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị có **30 ngày** để trả lời cho quý vị. Đến lúc đó, quý vị sẽ nhận được một lá thư "Thông Báo Giải Quyết Khiếu Nại". Lá thư này sẽ

cho quý vị biết chương trình bảo hiểm sức khỏe đã quyết định như thế nào. Nếu quý vị **không** nhận được thư trong vòng **30 ngày**, quý vị có thể:

- Yêu cầu một "**Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập**" (**Independent Medical Review, IMR**) và một người duyệt xét 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 một thẩm phán sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị

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

### **Khiếu nại cấp tốc**

Nếu quý vị cho rằng việc đợi **30 ngày** sẽ làm 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 khiếu nại, hãy cho biết lý do tại sao việc chờ đợi **30 ngày** sẽ làm tổn hại đến sức khỏe của quý vị. Hãy chắc chắn rằng quý vị yêu cầu một "**khiếu nại cấp tốc**".

### **Nếu quý vị không đồng ý với quyết định về khiếu nại**

Nếu quý vị đã nộp đơn khiếu nại và nhận được thư "Thông Báo Giải Quyết Khiếu Nại" cho quý vị biết rằng chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị vẫn không cung cấp dịch vụ, hoặc quý vị đã **không** nhận được thư thông báo cho quý vị biết về quyết định trong vòng **30 ngày**, quý vị có thể:

- Yêu cầu một "**Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập**" (**IMR**) mà một người duyệt xét 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**" mà một thẩm phán sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị

Quý vị có thể yêu cầu **cả** IMR và Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang cùng một lúc. Quý vị cũng có thể yêu cầu một thủ tục này trước một thủ tục khác để xem liệu thủ tục này có giải quyết vấn đề trước cho quý vị hay không. Chẳng hạn, nếu quý vị yêu cầu IMR trước nhưng không đồng ý với quyết định này, quý vị vẫn có thể yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang sau đó. Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang trước, nhưng phiên điều trần đã xảy ra, quý vị không thể yêu cầu IMR. Trong trường hợp đó, Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang có quyền quyết định cuối cùng.

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

### **Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR)**

Nếu quý vị muốn một IMR, trước tiên quý vị phải nộp đơn khiếu nại với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị không nhận được thông tin gì từ chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trong vòng **30 ngày**, hoặc quý vị không hài lòng với quyết định của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị, 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 Giải Quyết Khiếu Nại".

Nếu sức khỏe của quý vị đang trong tình trạng nguy hiểm tức thì hoặc yêu cầu bị từ chối vì việc điều trị được coi là thử nghiệm hoặc điều tra, quý vị có thể nhận được IMR ngay lập tức mà **không cần** nộp đơn khiếu nại trước.

Để tìm hiểu cách yêu cầu IMR, hãy đọc bên dưới. "Phản nàn" đề cập đến cả hai "than phiền" và "khiếu nại".

Ban Quản Lý Bảo Hiểm Y Tế California chịu trách nhiệm quy định các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị phản nàn chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, trước hết quý vị nên điện thoại cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị theo số **1.877.932.2738**, đối với những người khiếm thính và khiếm ngôn (CRS/TTY), vui lòng gọi **711/1.800.735.2929** và sử dụng thủ tục phản nàn trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi liên lạc với ban này. Việc sử dụng thủ tục phản nàn này không ngăn cản bất cứ quyền hạn hoặc việc giải quyết pháp lý tiềm năng nào có thể có sẵn cho quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ với một phản nàn liên quan đến trường hợp cấp cứu, một phản nàn không được giải quyết thỏa đáng bởi chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị hoặc một phản nàn chưa được giải quyết sau hơn **30 ngày**, quý vị có thể gọi cho ban này để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện với Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện với IMR, thủ tục IMR sẽ duyệt xét công bằng các quyết định y tế đã được chương trình chăm sóc sức khỏe đưa ra liên quan đến tính cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề xuất, quyết định đài thọ cho việc điều trị mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu và những tranh chấp về thanh toán đối với các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Ban này cũng có một số điện thoại miễn phí (**1.888.HMO.2219**) và đường dây TDD (**1.877.688.9891**) dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang mạng Internet của ban này <http://www.hmohelp.ca.gov> có các mẫu đơn than phiền, mẫu đơn yêu cầu IMR và phần hướng dẫn trực tuyến.

### **Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang**

Nếu quý vị muốn một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, quý vị phải yêu cầu phiên điều trần đó trong vòng **120 ngày** kể từ ngày nhận được thư "Thông Báo Giải Quyết Khiếu Nại". Quý vị có thể yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang qua điện thoại hoặc bằng văn bản:

- **Qua điện thoại:** Gọi **1.800.952.5253** (TTY/TDD **1.800.952.8349**). Số này có thể rất bận. Quý vị có thể nhận được một tin nhắn để gọi lại sau.
- **Bằng văn bản:** Điền mẫu đơn yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang hoặc gửi một lá thư đến:

**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 một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Nếu có ai giúp quý vị yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, hãy điền tên, địa chỉ, và số điện thoại của họ vào mẫu đơn hoặc lá thư. Nếu quý vị cần thông dịch viên, hãy cho chúng tôi biết quý vị nói ngôn ngữ nào. Quý vị sẽ không phải trả tiền cho thông dịch viên. Chúng tôi sẽ giúp quý vị có được một thông dịch viên.

Sau khi quý vị yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp 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 cảm thấy việc đợi lâu như thế sẽ làm 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. Lá thư này phải giải thích chi tiết việc chờ đợi đến **90 ngày** để quyết định hồ sơ của quý vị sẽ gây tổn hại nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng đạt được, duy trì, hoặc phục hồi chức năng tối đa của quý vị. Sau đó, hãy chắc chắn rằng quý vị yêu cầu một "**phiên điều trần cấp tốc**" và trình lá thư đó cùng với yêu cầu phiên điều trần của quý vị.

Quý vị có thể tự trình bày tại Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Hoặc, một người như người thân, bạn bè, người hỗ trợ, bác sĩ hoặc luật sư có thể trình bày thay cho quý vị. Nếu quý vị muốn một người khác trình bày cho quý vị, quý vị phải cho văn phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang biết rằng người đó được phép trình bày thay 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. Gọi cho Ban Bảo Vệ Người Tiêu Dùng, Môi Trường và Người Lao Động tại Văn Phòng Công Tố Viên Quận Alameda tại **1.510.383.8600**. Quý vị cũng có thể gọi cho Hội Trợ Giúp Pháp Lý địa phương tại quận của mình tại **1.888.804.3536**.