

### Mẫu Đơn Yêu Cầu Khiếu Nại hoặc Kháng Cáo của Thành Viên

Xin sử dụng mẫu đơn này để yêu cầu cho sự đài thọ, kháng cáo, hoặc khiếu nại về bất cứ vấn đề chăm sóc hoặc dịch vụ quý vị nhận được từ OneCare. Hoàn tất mẫu đơn này và đem trực tiếp đến văn phòng cho chúng tôi, gửi thư hoặc điện thư (fax) đến số 1-714-481-6499.

**Xin đánh máy hoặc viết chữ in:**

Tên Thành Viên (Tên) (Tên Lót) (Họ) Số Thẻ Thành Viên (CIN #)

Địa Chỉ (Thành Phố) (Tiểu Bang) (Số Vùng)

( ) Số Điện Thoại Ngày Sinh (MM/DD/YY)

Xin quý vị cho biết chi tiết lý do của việc khiếu nại, kháng cáo, hoặc yêu cầu của quý vị (bao gồm cả yêu cầu cho một ngoại lệ về việc đài thọ thuốc) - mô tả dịch vụ, tên thuốc, ngày, thời gian, nhân vật, địa điểm, v.v. Cung cấp chính xác các chi tiết và sử dụng một tờ giấy thứ hai nếu cần. Đính kèm bản sao của bất cứ lá thư, chi tiết hoặc hồ sơ nào có thể sử dụng để hỗ trợ yêu cầu hoặc khiếu nại của quý vị. Xin hãy nhớ ghi tên và số thẻ thành viên (CIN#) của quý vị trên tất cả các trang.

Ngày \_\_\_\_\_ Chữ Ký \_\_\_\_\_

Nếu quý vị có câu hỏi, xin vui lòng gọi Văn Phòng Dịch Vụ OneCare (HMO SNP) ở số điện thoại miễn phí 1-877-412-2734, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần hoặc đến văn phòng của chúng tôi từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 chiều tại địa chỉ 505 City Parkway West, Orange, CA 92868. Thành viên sử dụng TTY/TDD xin liên lạc đường dây TTY/TDD ở số 1-800-735-2929.

**Xin Lưu Ý:** Nếu quý vị có người khác ngoài bác sĩ hoặc người đại diện điền đơn này cho quý vị, xin vui lòng hoàn tất và nộp kèm **Mẫu Đơn Ủy Quyền Người Đại Diện** có thể được tìm thấy và in ra từ trang mạng của OneCare CalOptima tại địa chỉ [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org) hoặc bằng cách gọi Văn Phòng Dịch Vụ OneCare ở số điện thoại miễn phí 1-877-412-2734. Xin vui lòng tham khảo Tài Liệu Minh Định Sự Đài Thọ của quý vị cho các thông tin đầy đủ về những gì quý vị có thể làm nếu có vấn đề hoặc khiếu nại.

## **Nếu tôi không đồng ý với quyết định này?**

**Quý vị có quyền kháng cáo.** Quý vị phải nộp đơn trong vòng 60 ngày kể từ khi nhận được thông báo này. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian nếu quý vị có lý do chính đáng trong việc nộp đơn trễ hơn hạn định.

## **Ai có thể nộp đơn kháng cáo?**

Quý vị hoặc bác sĩ đang điều trị của quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Quý vị có thể chọn một người họ hàng, bạn, một người bệnh vực cho quyền lợi của quý vị, luật sư, bác sĩ (khác với bác sĩ đang điều trị), hoặc một người khác đại diện cho quý vị. Cũng có thể là những người khác đã có thẩm quyền do luật của tiểu bang quy định đại diện quý vị.

Nếu quý vị có câu hỏi, xin vui lòng gọi Văn Phòng Dịch Vụ ở số điện thoại miễn phí **1-877-412-2734**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần hoặc đến văn phòng của chúng tôi từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 chiều. Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể liên lạc đường dây TDD/TTY ở số 1-800-735-2929.

Nếu quý vị muốn chọn một người đại diện, cả quý vị và người đại diện đều phải ký tên, viết ngày, và gửi cho chúng tôi thư ủy quyền với tên người đại diện thay mặt cho quý vị.

# TIN TỨC QUAN TRỌNG VỀ QUYỀN KHÁNG CÁO CỦA QUÝ VỊ

**Để biết thêm chi tiết về quyền kháng cáo của quý vị, xin gọi cho chúng tôi hoặc đọc quyền Minh Định Sự Đãi Thọ của quý vị.**

## **Quý vị có thể nộp đơn cho hai loại kháng cáo**

**Kháng cáo thường (30 ngày)** – Quý vị có thể yêu cầu kháng cáo thường. Chúng tôi bắt buộc có một quyết định cho quý vị không quá 30 ngày sau khi nhận được đơn kháng cáo. (Có thể chúng tôi sẽ cho thêm 14 ngày nữa nếu quý vị cần thêm thời gian, hoặc chúng tôi cần thêm tài liệu và kéo sự dài thời gian sẽ có lợi cho quý vị.)

**Kháng cáo khẩn cấp (72 tiếng để duyệt xét)** – Nếu quý vị tin rằng việc chờ đợi kháng cáo thông thường (có thể mất đến 30 ngày để duyệt xét) sẽ có thể gây ảnh hưởng bất lợi và nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi duyệt xét sự kháng cáo khẩn cấp trong vòng 72 tiếng đồng hồ. (Có thể chúng tôi sẽ cho thêm 14 ngày nữa nếu quý vị yêu cầu có thêm thời gian, hoặc chúng tôi cần thêm tài liệu và sự kéo dài thời gian sẽ có lợi cho quý vị)

- **Nếu một bác sĩ yêu cầu CalOptima duyệt xét sự kháng cáo khẩn cấp, hoặc ủng hộ quý vị trong việc yêu cầu nộp đơn khẩn cấp, và bác sĩ cho biết là sự chờ đợi 30 ngày có thể gây bất lợi đối với sức khỏe của quý vị, chúng tôi sẽ tự động cứu xét nhanh chóng cho quý vị.**
- Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo khẩn cấp mà không có sự ủng hộ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem tình trạng của quý vị cần có sự kháng cáo khẩn cấp hay không. Nếu chúng tôi không nhận đơn yêu cầu kháng cáo khẩn cấp, chúng tôi sẽ có quyết định cho quý vị không quá 30 ngày.

## **Tôi cần phải kèm theo những gì với đơn kháng cáo?**

Quý vị nên kèm theo: tên, địa chỉ, số thẻ thành viên (Member ID number), lý do kháng cáo, và bất cứ bằng chứng nào quý vị muốn đính kèm. Quý vị có thể gửi kèm hồ sơ y tế, thư của bác sĩ, hoặc tài liệu khác để giải thích tại sao chúng tôi cần phải cung cấp dịch vụ được yêu cầu. Quý vị có thể liên lạc với bác sĩ để yêu cầu những tài liệu cho sự kháng cáo. Quý vị cũng có thể gửi những tài liệu này hoặc chính mình trình bày những tài liệu này nếu quý vị muốn.

## **Làm cách nào để nộp đơn kháng cáo?**

**Cho kháng cáo thường:** Quý vị hoặc người đại diện của quý vị cần gửi hoặc đưa thư yêu cầu kháng cáo đến địa chỉ sau đây:

Grievance & Appeals Resolution Services  
CalOptima  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868

**Cho kháng cáo khẩn cấp:** Quý vị hoặc người đại diện của quý vị nên liên lạc với chúng tôi qua điện thoại hoặc fax đến số:

1-877-412-2734

**Sau đó việc gì sẽ xảy ra?** Nếu quý vị nộp đơn kháng cáo, chúng tôi sẽ xem xét lại quyết định của chúng tôi. Sau khi xem xét quyết định, nếu bất cứ dịch vụ nào quý vị yêu cầu vẫn bị từ chối, Medicare sẽ cung cấp một sự duyệt xét mới và công bằng cho trường hợp của quý vị bởi một một cơ quan ngoài OneCare. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định đó, quý vị vẫn có quyền tiếp tục kháng cáo. Quý vị sẽ được thông báo về những quyền lợi này khi chuyện đó xảy ra.

## **Liên Lạc:**

Nếu quý vị cần biết thêm chi tiết hoặc sự giúp đỡ, xin gọi chúng tôi từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:30 chiều ở số:

Miễn phí: 1-877-412-2734  
TTY/TDD: 1-800-735-2929

## **Nguồn Giúp Đỡ Khác Cho Quý Vị: Medicare**

Rights Center:  
Số Miễn phí: 1-888-HMO-9050  
TTY/TDD:

Trung Tâm Chăm Sóc cho Người Cao Niên (Elder Care Locator):

Số Miễn phí: 1-800-677-1116

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