

Mẫu khiếu nại dành cho Thành viên thương mại của ASH Plans

*Chú ý thành viên Medicare Advantage – không hoàn thành biểu mẫu này. Yêu cầu
“Mẫu Kháng cáo và khiếu nại dành cho thành viên chương trình California Medicare Advantage
Plan”*

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại về bất kỳ dịch vụ chăm sóc y tế nào của quý vị, bao gồm cả việc nhân viên trong chương trình không cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc dành cho người chuyển giới. Để nộp đơn khiếu nại, vui lòng hoàn thành biểu mẫu này. ASH Plans, hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe y tế chính của quý vị phải giải đáp cho quý vị trong vòng 30 ngày theo quy định của pháp luật. Quý vị có thể gọi đến số điện thoại trên thẻ Thành viên (ID) của quý vị hoặc gọi đến văn phòng của bác sĩ nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào. Nếu quý vị cho rằng việc đợi giải đáp từ chương trình chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ gây thiệt hại đến sức khỏe của quý vị, hãy gọi và đề nghị "Xem xét nhanh".

Vui lòng in hoặc viết vào thông tin sau đây:

Tên của thành viên (Họ, tên, tên đệm)

Địa chỉ

Số điện thoại nhà (bao gồm mã khu vực)

Thành phố, tiểu bang, mã Zip

Số điện thoại hăng làm (bao gồm mã khu vực)

Tên của chủ lao động hoặc tập đoàn

Số ghi danh hoặc ID thành viên

Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

Nếu một người khác thành viên nộp đơn khiếu nại này, vui lòng cung cấp thông tin sau đây:

Tên: _____ Số điện thoại ban ngày: _____

Mối quan hệ với thành viên: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Viết nội dung khiếu nại của quý vị. Cung cấp ngày, giờ, tên của cá nhân, địa điểm, v.v. liên quan.



American Specialty Health Plans of California, Inc.

Vui lòng đính kèm bản sao của bất kỳ hồ sơ nào có thể giúp chúng tôi hiểu rõ khiếu nại của quý vị.

Nếu quý vị đính kèm thêm trang, vui lòng đánh dấu vào ô này. ☐

Vui lòng KÝ TÊN và GỬI QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN hoặc FAX biểu mẫu đã điền đầy đủ đến P.O. Box 509077, San Diego, CA 92150-9077 hoặc 877-404-2746. Hoặc nếu có thể, vui lòng gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ đến chương trình chăm sóc sức khỏe y tế chính của quý vị. Xem Chứng thực bảo hiểm để biết thêm thông tin.

Ngày: _____ Chữ ký của thành viên: _____

Ngày: _____ Chữ ký của người đại diện: _____

THÔNG BÁO GỬI ĐẾN THÀNH VIÊN HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN:

Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý tiểu bang California chịu trách nhiệm kiểm soát các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại đối với chương trình chăm sóc sức khỏe của mình, trước tiên quý vị nên gọi đến chương trình chăm sóc sức khỏe theo số **1-800-678-9133** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình chăm sóc sức khỏe trước khi liên hệ với cơ quan. Việc sử dụng quy trình khiếu nại này không nghiêm cấm bất kỳ quyền hợp pháp hoặc biện pháp khắc phục tiềm năng nào có thể dành cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp khiếu nại liên quan đến trường hợp khẩn cấp, vấn đề khiếu nại không được chương trình chăm sóc sức khỏe của quý vị xử lý thỏa đáng, hoặc vấn đề khiếu nại vẫn chưa được giải quyết trong hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi đến cơ quan để được hỗ trợ. Quý vị có thể có quyền yêu cầu đánh giá y tế độc lập nếu quý vị cho rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã bị ASH Plans hoặc một trong những nhà cung cấp có hợp đồng với ASH Plans từ chối, chỉnh sửa hoặc trì hoãn không hợp lý. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện được Đánh giá y tế độc lập (IMR). Nếu quý vị không đủ điều kiện được IMR, quy trình IMR sẽ tiến hành đánh giá công bằng về quyết định y khoa bởi chương trình chăm sóc sức khỏe liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc điều trị đề xuất, quyết định bảo hiểm cho các điều trị mang tính thử nghiệm hoặc điều tra và khoản thanh toán có vấn đề tranh cãi cho dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ y tế khẩn cấp. Cơ quan này cũng có số điện thoại miễn phí **(1-888-466-2219)** và đường dây TDD **(1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính hoặc ngôn ngữ suy yếu. Trang web internet của cơ quan là www.dmhc.ca.gov có các biểu mẫu khiếu nại, mẫu đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Nhân viên liên bang: Nếu quý vị là Nhân viên liên bang, quý vị có thêm quyền khác thông qua Văn phòng quản lý nhân sự (OPM) thay vì DMHC. Vui lòng tham khảo Tập sách giới thiệu Chương trình Phúc lợi y tế dành cho Nhân viên liên bang (FEHB), cho biết rằng quý vị có thể yêu cầu OPM đánh giá quyết định từ chối sau khi quý vị đề nghị chương trình chăm sóc sức khỏe của quý vị xem xét lại quyết định từ chối hoặc phủ nhận ban đầu. OPM sẽ xác định xem chương trình chăm sóc sức khỏe của quý vị có áp dụng chính xác các điều khoản của hợp đồng không khi từ chối yêu cầu bồi thường hoặc yêu cầu dịch vụ của quý vị. Gửi yêu cầu đánh giá của quý vị đến: Office of Personnel Management, Office of Insurance Programs Contracts Division IV, P. O. Box 436, Washington, D.C. 20044

Nhân viên của Công ty tự bảo hiểm: Quý vị có thể có quyền khiếu nại dân sự theo Phần 502(a) trong Đạo luật đảm bảo thu nhập hưu trí cho nhân viên (ERISA) nếu quý vị ghi danh với chương trình chăm sóc sức khỏe của quý vị thông qua chủ lao động tuân theo ERISA. Trước tiên, hãy chắc chắn rằng mọi đánh giá kháng cáo yêu cầu bồi thường đã hoàn thành và yêu cầu bồi thường của quý vị chưa được chấp thuận. Khi đó hãy tham vấn với quản trị viên chương trình phúc lợi của chủ lao động để xác định xem chương trình phúc lợi của chủ lao động có bị chi phối bởi ERISA không. Ngoài ra, quý vị và chương trình chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể có các lựa chọn giải quyết tranh chấp tự nguyện khác như hòa giải.

QUAN TRỌNG: Nếu quý vị gặp khó khăn khi đọc tài liệu này và có nhu cầu ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, chúng tôi có thể có người giúp quý vị. Quý vị có thể gọi đến số 1.800.678.9133 từ thứ Hai đến thứ Sáu 5 giờ sáng đến 6 giờ tối giờ Thái Bình Dương. Dịch vụ này được miễn phí. Vì tài liệu này có thể yêu cầu quý vị hành động, nên quý vị nên gọi điện sớm nhất có thể.