

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 hãng 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:

Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại liên quan đến chương trình chăm sóc sức khỏe của mình, trước tiên, quý vị nên gọi đến số **1-800-678-9133** để liên hệ với chương trình này và làm theo quy trình giải quyết khiếu nại nội bộ trước khi liên hệ với Sở. Việc áp dụng quy trình giải quyết khiếu nại này không làm mất đi bất kỳ quyền lợi hay biện pháp pháp lý nào mà quý vị có thể được hưởng. Nếu quý vị cần hỗ trợ xử lý khiếu nại liên quan đến tình huống khẩn cấp, khiếu nại chưa được chương trình giải quyết thỏa đáng hoặc đã kéo dài quá 30 ngày mà vẫn chưa được giải quyết, quý vị có thể gọi đến Sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện tham gia quy trình Đánh giá Y tế Độc lập (IMR). Nếu đủ điều kiện, quy trình IMR sẽ cung cấp một đánh giá khách quan đối với các quyết định y tế do chương trình chăm sóc sức khỏe đưa ra liên quan đến tính cần thiết về mặt y khoa của dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, các quyết định chi trả cho những phương pháp điều trị mang tính thử nghiệm hoặc đang trong giai đoạn nghiên cứu cũng như các tranh chấp về thanh toán đối với dịch vụ y tế khẩn cấp hoặc cấp cứu. Sở cũng có đường dây miễn cước (**1-888-466-2219**) và đường dây TDD (**1-877-688-9891**) dành cho người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Trang web của Sở tại địa chỉ www.dmhc.ca.gov có sẵn mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và hướng dẫn đi kèm.

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.