



**MẪU KHIẾU KIỆN VÀ KHIẾU NẠI -  
MEDI-CAL**

Vui lòng điền đầy đủ thông tin vào mẫu này và gửi lại mẫu đã điền đầy đủ cùng mọi thông tin được yêu cầu trực tiếp đến:

Community Health Group  
ATTN: Appeals Supervisor  
2420 Fenton Street Suite 100  
Chula Vista, CA 91914  
Điện thoại (619) 498-6578  
Fax (619) 476-3834

Xin lưu ý: Quý vị có quyền nhờ người khác nộp đơn khiếu kiện hoặc khiếu nại thay cho quý vị. Tuy nhiên, quý vị phải cho phép bằng văn bản.

**THÔNG TIN VỀ HỘI VIÊN**

Tên quý vị là gì? \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Ai đã nhận hoặc tìm cách nhận các dịch vụ? \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_  
Ai là Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Chính tại thời điểm quý vị/thành viên gia đình nhận được hoặc tìm cách nhận các dịch vụ?

**THÔNG TIN / LÝ DO KHIẾU KIỆN HOẶC KHIẾU NẠI**

Ngày mẫu này được nộp: \_\_\_\_\_

Đây có phải là yêu cầu mà CHG hoặc một nhà thầu của CHG thay đổi một quyết định họ đã được thực hiện không? CÓ KHÔNG

Vấn đề này có liên quan đến mối đe dọa đến sức khỏe sắp xảy ra và nghiêm trọng, đau nặng hoặc có khả năng đe dọa tính mạng, chân tay hay chức năng quan trọng trên cơ thể không? Có Không (Nếu quý vị đã trả lời “Có”, thì Giám đốc Y tế của CHG hoặc người được chỉ định sẽ xác định liệu có cần xử lý nhanh vấn đề không.)

**CHỈ DÀNH CHO CHG**

Trả lời của Giám đốc Y tế CHG: ĐỒNG Ý: \_\_\_\_\_ KHÔNG ĐỒNG Ý: \_\_\_\_\_ CHỮ KÝ VÀ NGÀY: \_\_\_\_\_

GHI CHÚ: \_\_\_\_\_

Lý do khiếu kiện hoặc khiếu nại là gì? (Chọn tất cả những mục áp dụng hoặc giải thích trong phần Khác)

<input type="checkbox"/>	Vấn đề về tính sẵn có của dịch vụ (không thể nhận được sự	<input type="checkbox"/>	Không hài lòng với việc trả lời khiếu nại
<input type="checkbox"/>	Vấn đề về tiếp cận dịch vụ chăm sóc (thời gian chờ tại văn	<input type="checkbox"/>	Khác:
<input type="checkbox"/>	Dịch vụ hoặc ủy quyền cho dịch vụ đã bị từ chối	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Không hài lòng với nhà cung cấp (không thích nhà cung	<input type="checkbox"/>	

Vui lòng mô tả ngắn gọn về tình huống quý vị muốn CHG xem xét \_\_\_\_\_

Quý vị muốn khiếu kiện hoặc khiếu nại của mình được giải quyết như thế nào? \_\_\_\_\_

*Vui lòng đính kèm (các) trang bổ sung nếu cần*

Vui lòng chọn mục này nếu quý vị muốn Người biện hộ cho hội viên của CHG hỗ trợ với đơn khiếu nại của quý vị.

1. Quý vị đã nhận được dịch vụ ở đâu hoặc quý vị đã yêu cầu dịch vụ từ ai? \_\_\_\_\_  
(Địa chỉ)

2. Quý vị đã nhận được hoặc yêu cầu dịch vụ khi nào? \_\_\_\_\_

3. Có điều gì khác chúng tôi cần biết về khiếu kiện của hoặc khiếu nại của quý vị không? \_\_\_\_\_

Chữ ký của hội viên \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

Sở Chăm sóc Sức khỏe được Quản lý California chịu trách nhiệm điều chỉnh các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại về chương trình sức khỏe của mình, quý vị nên gọi trước cho chương trình sức khỏe theo số **(1-800-224-7766)** và sử dụng quy trình khiếu kiện của chương trình sức khỏe trước khi liên hệ với sở. Sử dụng quy trình khiếu kiện này không nghiêm cấm bất kỳ quyền pháp lý tiềm năng nào hoặc phương pháp điều trị nào có thể có khả năng áp dụng cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp về một khiếu kiện có liên quan đến trường hợp cấp cứu, một khiếu kiện đã không được chương trình sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc một khiếu kiện vẫn chưa được giải quyết hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi cho sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện để được Thẩm định Y tế Độc lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện cho IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp một cuộc thẩm định công bằng về các quyết định y khoa do một chương trình sức khỏe đưa ra có liên quan đến sự cần thiết về y tế của dịch vụ hoặc liệu pháp điều trị được đề nghị, các quyết định bao trả cho các liệu pháp điều trị mang bản chất thử nghiệm hoặc điều tra và tranh chấp chi trả các dịch vụ cấp cứu hoặc y tế khẩn cấp. Sở cũng có 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 web của sở <http://www.hmohelp.ca.gov> có các mẫu khiếu nại, mẫu đơn IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Nếu quý vị không hài lòng với một quyết định “cần thiết về mặt y tế” của CHG, quý vị có thể yêu cầu IMR từ Sở Chăm sóc Sức khỏe được Quản lý. Nếu chúng tôi đã gửi mẫu này cho quý vị và tại thời điểm đó CHG không xác định được quý vị có tiềm năng hội đủ điều kiện cho IMR, chúng tôi đã gửi kèm mẫu đơn IMR. Trong trường hợp đó, nếu quý vị chọn yêu cầu IMR, vui lòng sử dụng mẫu kèm theo và gửi lại cho Sở Chăm sóc Sức khỏe được Quản lý trong phong kèm theo. Nếu mẫu đơn IMR không được bao gồm hoặc đính kèm với mẫu này và quý vị tin rằng quý vị hội đủ điều kiện cho IMR, vui lòng liên hệ với chúng tôi ngay lập tức và chúng tôi sẽ cung cấp mẫu đơn IMR cho quý vị. Quý vị cũng có thể tải mẫu đơn IMR trên trang web của Sở Chăm sóc Sức khỏe được Quản lý: [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). Nếu quý vị không chắc chắn liệu quý vị có hội đủ điều kiện cho IMR hoặc muốn biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với Phòng Dịch vụ Hội viên hàng của HCG theo số **1-800-224-7766**.

Quyết định hội đủ điều kiện cho IMR là những quyết định mà CHG hoặc nhà thầu của CHG đã quyết định rằng yêu cầu chăm sóc hoặc dịch vụ đã không cần thiết về mặt y tế. Yêu cầu những phúc lợi không đủ điều kiện cho IMR ngoài những gì được bao gồm trong gói phúc lợi.

IMR được thực hiện bởi một tổ chức thẩm định độc lập (IRO). IRO không có bất kỳ mối liên kết nào với HCG và được ký hợp đồng với Sở Chăm sóc Sức khỏe được Quản lý. HCG phải kèm theo quyết định của IRO và thực hiện các hướng dẫn của họ, theo yêu cầu của Sở Chăm sóc Sức khỏe được Quản lý. Quý vị không phải trả chi phí cho IMR.

Để hội đủ điều kiện nhận cho IMR, quý vị phải yêu cầu IMR trong vòng 180 ngày (sáu tháng) kể từ ngày quý vị được thông báo về quyết định từ chối, trì hoãn hoặc sửa đổi ủy quyền hoặc thanh toán cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị không yêu cầu IMR trong thời gian này, nó không thể được IRO thẩm định, trừ khi Sở Chăm sóc Sức khỏe được Quản lý có yêu cầu khác.

Là hội viên Medi-cal, quý vị cũng có thể gọi cho Ombudsman Chăm sóc Được quản lý của Medi-Cal thuộc Sở Dịch vụ Sức khỏe California theo số **1-888-452-8609** hoặc yêu cầu một phiên điều trần công bằng bởi Sở Dịch vụ Xã hội bằng cách gọi **1-800-952-5253**. Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần công bằng mà không cần trải qua quá trình khiếu nại hoặc có thể yêu cầu một phiên điều trần công bằng bất cứ lúc nào trong quá trình khiếu nại.



Community Health Group materials are available in English, Arabic, Spanish, Tagalog and Vietnamese. Please call 1-800-224-7766. Language assistance services are provided free of charge.

Los materiales de Community Health Group están disponibles en inglés, árabe, español, tagalo y vietnamita. Por favor llame al 1-800-224-7766. Los servicios de asistencia lingüística se proporcionan de forma gratuita.

Materiales Community Health Group ay magagamit sa Ingles, Arabic, Espanyol, Tagalog at Vietnamese. Mangyaring tumawag sa 1-800-224-7766. Ang Serbisyo ng ito ay ibinibigay ng walang bayad.

موارد ال كميونتي هيلث كروب متوفرة في اللغات الانكليزية والعربية والاسبانية والتغالوغ والفيتنامية. الرجاء الاتصال على 1-800-224-7766. خدمات الترجمة تقدم لكم مجاناً.

Nhóm vật liệu y tế cộng đồng có sẵn trong tiếng Anh, tiếng Ả Rập, tiếng Tây Ban Nha, Tagalog và tiếng Việt. Xin vui lòng gọi 1-800-224-7766. Ngôn ngữ hỗ trợ dịch vụ được cung cấp miễn phí.