



MẪU ĐƠN THAN PHIỀN VÀ KHIẾU NẠI - MEDI-CAL

Xin vui lòng điền toàn bộ đơn này và gửi thẳng mẫu đơn và những chi tiết quý vị yêu cầu về:

Community Health Group
ATTN: Grievance Coordinator
740 Bay Blvd.
Chula Vista, CA 91910
(619) 498-6578
Fax# (619) 476-3834

Xin Ghi Chú: Quý vị có quyền đề tên một người khác vào hồ sơ than phiền hay khiếu nại. Tuy nhiên, quý vị phải viết văn bản cho phép việc này.

CHI TIẾT HỘI VIÊN

Quý vị tên gì? _____ Số An Sinh Xã Hội _____
Người nào đã nhận hay đã xin các dịch vụ? _____ Số An Sinh Xã Hội _____
Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____
Ai là người điều trị cho quý vị ngay lúc quý vị/thân nhân nhận dịch vụ hay xin các dịch vụ? _____

NGUYÊN NHÂN, CHI TIẾT VỀ VIỆC THAN PHIỀN HAY KHIẾU NẠI

Ngày tháng mở hồ sơ này: _____

Đây có phải là một yêu cầu mà CHG hay cơ quan hợp đồng với CHG thay đổi quyết định họ đã ra? **PHẢI** **KHÔNG**

Việc này có liên quan đến một trường hợp khẩn cấp hay có nguy cơ đến sức khỏe, đến đau đớn trầm trọng thân xác, hay nguy hiểm đến tính mạng, tứ chi hay chức năng chính yếu của thân thể không? Có Không (nếu quý vị nói “Có” thì Bác Sĩ Trưởng của CHG hay người ủy nhiệm sẽ phán định có nên giải quyết trên cơ sở nhanh chóng hay không.

PHẦN NÀY DÀNH RIÊNG CHO CHG

Trả lời của Bác Sĩ Trưởng của CHG: **ĐỒNG Ý** _____ **KHÔNG ĐỒNG Ý:** _____ **KÝ TÊN VÀ NGÀY THÁNG** _____
GHI NHẬN _____

Lý do than phiền hay khiếu nại? (Đánh dấu những lý do của quý vị hoặc giải thích trong phần “Những điều khác”)

Về các dịch vụ có sẵn (không thể có sự chăm sóc mà tôi cần)	Trả lời việc khiếu nại không thỏa đáng
Về Sự Xin khám bệnh (thời gian chờ đợi trong phòng khám...)	Những điều khác:
Dịch vụ hay Xin hưởng dịch vụ bị từ chối	
Không hài lòng với người cung cấp dịch vụ (không thích nhân viên của người cung cấp dịch vụ, etc.)	

Xin vui lòng vấn tắt cho biết quý vị muốn CHG duyệt xét như thế nào _____

Quý vị muốn sự than phiền và khiếu nại của mình được giải quyết như thế nào? _____

Xin vui lòng kèm thêm các trang viết nếu thấy cần

Xin đánh dấu vào ô này nếu quý vị muốn luật sư của CHG giúp quý vị khiếu nại

1. Quý vị nhận dịch vụ chỗ nào hay yêu cầu dịch vụ ở đâu? _____
(Address)

2. Quý vị nhận dịch vụ hay yêu cầu dịch vụ hồi nào? _____

3. Có điều gì khác mà chúng tôi nên biết về việc than phiền và khiếu nại của quý vị? _____

Chữ ký của Hội viên _____

Ngày tháng _____

Văn Phòng Managed Health Care của Tiểu bang California có trách nhiệm điều hành các chương trình dịch vụ sức khỏe. Nếu quý vị có gì không hài lòng về chương trình sức khỏe của mình, trước hết nên gọi điện thoại cho chương trình y tế ở số **1-800-224-7766** và áp dụng thủ tục khiếu nại của chương trình trước khi liên lạc với Văn phòng. Sử dụng thủ tục khiếu nại không thể ngăn cấm các quyền lợi pháp lý của quý vị hoặc phương tiện bảo vệ luật pháp mà quý vị được hưởng. Nếu quý vị cần giúp đỡ việc khiếu nại liên quan đến một tình trạng khẩn cấp, một khiếu nại mà chương trình y tế của quý vị chưa được giải quyết thỏa mãn, hay một khiếu nại mà hơn 30 ngày vẫn chưa được giải quyết, quý vị có thể gọi Văn phòng giúp đỡ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để có một phiên họp Giám Định Y khoa Độc lập (Independent Medical Review - IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện cho IMR, IMR sẽ cung cấp cho quý vị một phiên duyệt xét y khoa vô tư do một chương trình y tế liên quan đến y tế thiết yếu của một dịch vụ hay một trị liệu, hay các quyết định thanh toán chi phí trị liệu đang thử nghiệm hoặc đang nghi vấn, và các việc tranh cãi số tiền phải trả trong trường hợp cấp cứu hay các dịch vụ khẩn trương. Văn phòng cũng có số miễn phí (**1-888-HMO-2219**) và đường dây TDD (**1-877-688-9891**) cho những người bị khuyết tật về nghe và nói. Trang website của Văn phòng là <http://www.hmohelp.ca.gov> có các mẫu đơn khiếu nại, IMR và những chỉ dẫn trong trang này.

Nếu quý vị không hài lòng với những quyết định “y khoa cần thiết” (medical necessity) của CHG, quý vị có thể xin Văn Phòng Tiểu Bang Managed Health Care một IMR (Giám Định Y Khoa Độc Lập). Nếu trước đó chúng tôi chưa gửi quý vị mẫu đơn IMR, và trong thư này không có kèm mẫu IMR, và quý vị tin rằng mình hợp lệ nhận IMR, xin vui lòng liên lạc ngay với chúng tôi để nhận mẫu đơn. Quý vị cũng có thể lấy mẫu đơn trên website của Văn Phòng Managed Health Care ở www.dmhc.ca.gov. Nếu quý vị không chắc là mình hội đủ điều kiện để nhận IMR hoặc muốn tìm hiểu thêm xin vui lòng liên lạc với Văn phòng Dịch Vụ Hội viên (Member Services Department) của CHG ở số 1-800-224-7766

Những quyết định để có được IMR là những quyết định mà CHG hay các cơ quan hợp đồng với CHG cho rằng lời yêu cầu chăm sóc, dịch vụ y tế của hội viên không thấy cần thiết. Những yêu cầu phúc lợi ngoài khoản phúc lợi ấn định thì không hợp lệ để nhận IMR.

IMR được thi hành bởi một tổ chức giám định độc lập (IRO). Tổ chức IRO không dính líu gì với CHG và có hợp đồng với Văn Phòng Managed Health Care. CHG phải theo những quyết định của IRO và thi hành những hướng dẫn của IRO theo như sự đòi hỏi của Văn Phòng Managed Health Care. Quý vị không có trách nhiệm về phí tổn của IMR.

Để được hợp lệ nhận IMR, quý vị phải yêu cầu IMR trong vòng 180 ngày (6 tháng) tính từ ngày quý vị nhận bằng quyết định bị từ chối trị liệu, trì hoãn hoặc thay đổi lệnh hay tiền trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị không yêu cầu IMR trong vòng thời gian đó thì sẽ không được IRO duyệt xét, trừ khi Văn Phòng Managed Health Care đòi hỏi.

Là một người hưởng Medi-Cal, quý vị có thể gọi điện thoại Bộ Y Tế Tiểu bang California, Văn phòng Điều Tra Medi-Cal Managed Care ở số **1-888-452-8609** hoặc xin một buổi xét xử công bằng của Bộ Xã Hội Tiểu bang bằng cách gọi điện thoại **1-800-952-5253**. Quý vị cũng có thể yêu cầu xin một buổi xét xử công bằng mà không cần trườ hết phải qua thủ tục khiếu nại, hay quý vị có thể yêu cầu xin một buổi xét xử công bằng bất cứ lúc nào trong thời gian đang khiếu nại.

Community Health Group materials are available in English, Spanish, Vietnamese and Arabic. Please call 1-800-224-7766.

Los materiales de Community Health Group están disponibles en inglés, español, vietnamita y arabe. Por favor llame al 1-800-224-7766.

Tài liệu của Community Health Group hiện có bằng tiếng Anh, Tây Ban Nha, Việt Nam và Ả-Rập. Xin vui lòng gọi 1-800-224-7766.



منشورات Community Health Group متوفرة باللغات الإنكليزية، الإسبانية، الفيتنامية، و العربية. للمزيد من المعلومات الرجاء الإتصال بـ 1-800-224-7766.