

Member Appeal or Grievance Form



Tại Health Net Community Solutions (Health Net), chúng tôi thật sự quan tâm đến những quan ngại của quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định, quý vị hoặc người khác có thể nộp Đơn kháng cáo về dịch vụ bị từ chối. Quý vị có thể nộp Đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với sự chăm sóc hoặc điều trị mà quý vị nhận được.

Chúng tôi phải có sự đồng ý bằng văn bản của quý vị nếu Nhà cung cấp của quý vị hoặc người mà quý vị chọn thay mặt quý vị nộp đơn Kháng cáo hoặc Khiếu nại. Chúng tôi sẽ phải cần sự đồng ý bằng văn bản của quý vị để lấy hồ sơ y khoa liên quan đến Kháng cáo hoặc Khiếu nại của quý vị. Quý vị có thể liên hệ với Ban Dịch vụ hội viên của Health Net bằng cách gọi đến số 1-800-675-6110 hoặc truy cập www.healthnet.com để lấy những mẫu đơn này.

- Mẫu đơn của người đại diện được ủy quyền
- Mẫu phát hành hồ sơ y khoa

Quý vị vui lòng gửi kèm theo mọi giấy tờ hoặc thông tin liên quan đến Kháng cáo hoặc Khiếu nại của quý vị. Quý vị có thể chọn bất kỳ cách nào sau đây để gửi Kháng cáo hoặc Khiếu nại.

- Gọi cho Ban Dịch vụ hội viên của Health Net theo số 1-800-675-6110. Dịch vụ ngôn ngữ luôn sẵn sàng hỗ trợ nếu quý vị cần.
- 711 (TTY) dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn
- Hoàn thành biểu mẫu Kháng cáo hoặc Khiếu nại trực tuyến tại: www.healthnet.com
- Điền vào mẫu đơn này và gửi qua đường bưu điện hoặc fax

Đường bưu điện: Health Net Community Solutions
Attn: Member Appeals and Grievance Department
PO Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348
Hoặc
Fax # 1-877-831-6019

Tài liệu dành cho hội viên có sẵn ở các định dạng khác như chữ nổi Braille, bản in khổ lớn, tệp âm thanh, v.v.

Member Appeal or Grievance Form



Phần 1: Thông tin hội viên		
Họ và tên:	Số ID:	Ngày sinh:
Địa chỉ:	Thành phố:	Mã ZIP:
Số điện thoại:	Thời gian tốt nhất để gọi:	

Phần 2: Thông tin về Kháng cáo hoặc Khiếu nại	
Tên nhà cung cấp:	(Các) ngày cung cấp dịch vụ/xảy ra vụ việc:
(Các) số yêu cầu thanh toán:	(Các) số tham chiếu:

Hãy cho chúng tôi biết (các) mối quan ngại và hành động mà quý vị mong muốn. Bao gồm: Tên Nhà cung cấp, (các) ngày cung cấp dịch vụ, (các) số yêu cầu thanh toán hoặc số tham chiếu.

Đối với Kháng cáo: Đính kèm một bản sao của Thư Thông báo hành động.

--

Member Appeal or Grievance Form



Quý vị có thể yêu cầu hội chẩn nếu quý vị bị từ chối điều trị hoặc được cung cấp vật tư dưới dạng thử nghiệm và mắc bệnh nan y.

Tôi bị bệnh nan y và yêu cầu được hội chẩn.

Phần 3: Thông tin quý vị cần biết

Thông báo hành động là một bức thư chính thức mà chúng tôi cho quý vị biết rằng chúng tôi sẽ từ chối, trì hoãn, thay đổi hoặc chấm dứt (các) dịch vụ. Khiếu nại có thể được gửi đi bất cứ lúc nào.

Hãy yêu cầu duyệt xét nhanh nếu Kháng cáo hoặc Khiếu nại của quý vị liên quan đến mối đe dọa trực tiếp hoặc nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị. Chúng tôi sẽ xem xét Kháng cáo hoặc Khiếu nại của quý vị trong vòng 72 giờ kể từ thời điểm nhận được.

Quý vị sẽ nhận được thư trong năm (5) ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được Kháng cáo hoặc Khiếu nại của quý vị.

Nhân viên tại Health Net phụ trách trường hợp của quý vị có thể trao đổi với quý vị để biết thêm thông tin.

Hãy liên hệ với DMHC hoặc DHCS nếu quý vị không hài lòng với cách Health Net giải quyết mối quan ngại của mình.

California Department of Managed Health Care (DMHC)

California Department of Managed Health Care chịu trách nhiệm về quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, trước tiên quý vị cần gọi điện thoại đến chương trình bảo hiểm sức khỏe theo số **(1-800-675-6110, TTY: 711)** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi liên lạc với Sở. Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này không cấm bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp sửa chữa tiềm năng nào có thể có sẵn cho quý vị. Nếu quý vị cần hỗ trợ về khiếu nại liên quan đến trường hợp cấp cứu, khiếu nại không được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc khiếu nại vẫn chưa được giải quyết trong hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi cho Sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện được Independent Medical Review (IMR). Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn cho IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp đánh giá khách quan về các quyết định y tế được chương trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, quyết định về bảo hiểm đối với các phương pháp điều trị có tính chất thí nghiệm hoặc mang tính nghiên cứu và các tranh chấp về thanh toán cho trường hợp cấp cứu hoặc dịch vụ y tế khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn phí **(1-888-466-2219)** và đường dây TDD **(1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web trên internet của sở **www.dmhc.ca.gov** có mẫu đơn IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Dự luật thương viên (SB) 923 Người chuyển giới, Đa dạng giới hoặc Liên giới (TGI) Đạo luật chăm sóc hòa nhập

Quý vị có quyền nộp đơn than phiền với Health Net và DMHC nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc nhân viên của Health Net không cung cấp dịch vụ chăm sóc hòa nhập đối với người chuyển giới cho quý vị.

Chăm sóc sức khỏe hòa nhập đối với người chuyển giới được định nghĩa là chăm sóc sức khỏe toàn diện phù hợp với các tiêu chuẩn chăm sóc cho các cá nhân xác định là TGI, tôn trọng quyền tự chủ cơ thể cá nhân của một cá nhân, không đưa ra các nhận định về giới của một cá nhân, chấp nhận tính linh động về giới tính và biểu hiện giới tính khác với truyền thống, và đối xử với mọi người bằng lòng trắc ẩn, hiểu biết và tôn trọng [HSC § 1367.043(d)(3)].

California Department of Health Care Services (DHCS) Office of the Ombudsman

Quý vị cũng có thể gọi cho Ombudsman Office of the California Department of Health Care Services (DHCS) để được trợ giúp. Ombudsman Office hỗ trợ những người thụ hưởng Medi-Cal sử dụng đầy đủ các quyền và trách nhiệm của mình với tư cách là hội viên của chương trình chăm sóc được quản lý. Để tìm hiểu thêm, vui lòng gọi đến số điện thoại miễn phí **1-888-452-8609**, từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:00am đến 5:00pm.

Phần 4: Chữ ký

Chữ ký của Hội viên hoặc Người đại diện được ủy quyền

Ngày

Viết in tên Hội viên hoặc Người đại diện được ủy quyền