



Biểu Mẫu Khiếu Nại và Kháng Cáo Dành cho Hội Viên Clever Care – Phần C

Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu này để đưa ra đề xuất, gửi đơn khiếu nại hoặc kháng cáo chính thức về bất kỳ khía cạnh nào của việc chăm sóc hoặc dịch vụ được cung cấp cho quý vị. **Theo yêu cầu của luật pháp**, Clever Care Health Plan, Inc. phải trả lời khiếu nại hoặc kháng cáo của quý vị; đồng thời, chúng tôi có quy trình thủ tục chi tiết để giải quyết những tình huống này. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số: **1-833-283-9888**. Nếu quý vị bị khiếm thính hoặc khiếm khuyết về ngôn ngữ, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số **TTY/TDD: 711**.

Vui lòng viết chữ in hoặc gõ những thông tin sau đây:

Tên Hội viên _____ Số ID Hội viên _____

Địa chỉ _____ Số điện thoại _____

Thành phố, Tiểu bang, Mã số Zip _____ Địa chỉ Email (tùy chọn) _____

Người đại diện được Ủy quyền: Nếu khiếu nại được nộp bởi một người nào đó không phải là hội viên, vui lòng xem lại phần có tên “Ai có thể nộp Đơn Kháng cáo hoặc Khiếu nại” và cung cấp thông tin sau:

Tên: _____ Số điện thoại: _____

Mối quan hệ với Hội viên: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố, Tiểu bang, Mã số Zip: _____

Ủy quyền / Khiếu nại # (tùy chọn không bắt buộc): _____ Ngày Xảy ra Vụ việc: _____

Vui lòng nêu bản chất của khiếu nại, nêu rõ ngày, giờ, những người, địa điểm, v.v. có liên quan.

Đơn khiếu nại hoặc kháng cáo có thể được gửi bằng văn bản trong vòng 60 ngày kể từ ngày xảy ra vụ việc. Vui lòng đính kèm bản sao của bất kỳ thông tin bổ sung nào có thể liên quan đến khiếu nại hoặc kháng cáo của quý vị.

Tên Hội viên: _____ Chữ ký: _____

Tên Người Nộp: _____ Chữ ký: _____



Quý vị hoặc người đại diện của quý vị phải gửi email, gửi thư hoặc gửi yêu cầu khiếu nại hoặc kháng cáo bằng văn bản có chữ ký của quý vị đến địa chỉ bên dưới:

Clever Care Health Plan
Attn: Appeals & Grievances Department
7711 Center Ave Ste 100
Huntington Beach, CA 92647

Fax: (657) 276-4715

Đối với các kháng cáo hoặc khiếu nại giải quyết nhanh, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-833-283-9888.

Ai Có Thể Nộp Đơn Kháng Cáo hoặc Khiếu Nại?

Quý vị hoặc người mà quý vị nêu tên để đại diện cho quý vị (đại diện được ủy quyền của quý vị) có thể nộp đơn kháng cáo. Quý vị có thể chỉ định một người thân, bạn bè, luật sư, bác sĩ hoặc người khác làm đại diện cho quý vị.

Nếu quý vị muốn tìm hiểu cách chỉ định người đại diện của mình, quý vị hãy gọi cho chúng tôi theo số: 1-833-388-8168. Người dùng TTY xin gọi 711.

Nếu quý vị muốn ai đó hành động thay mình, quý vị và người đại diện được ủy quyền của quý vị phải ký tên, ghi ngày tháng và gửi cho chúng tôi trang một của biểu mẫu này; theo đó, trang này sẽ đóng vai trò như một tuyên bố chỉ định người đó hành động thay cho quý vị.

Thông tin quan trọng về quyền kháng cáo của quý vị

Có hai loại kháng cáo với Chương trình Clever Care Health Plan

Kháng Cáo Tiêu Chuẩn – Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bằng văn bản về kháng cáo tiêu chuẩn cho quý vị trong vòng **30 ngày** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo bằng văn bản của quý vị. Quyết định của chúng tôi có thể mất nhiều thời gian hơn nếu quý vị yêu cầu gia hạn hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin về trường hợp của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi mất thêm thời gian và sẽ giải thích lý do tại sao cần thêm thời gian. Nếu kháng cáo của quý vị là để thanh toán dịch vụ/sản phẩm y tế mà quý vị đã nhận được, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bằng văn bản cho quý vị trong vòng **60 ngày**. Nếu kháng cáo của quý vị là cho thuốc Phần B, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bằng văn bản cho quý vị trong vòng **7 ngày**.

Kháng Cáo Nhanh – Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định về kháng cáo nhanh cho quý vị trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo bằng văn bản hoặc bằng lời nói của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu kháng cáo nhanh nếu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị tin rằng sức khỏe của quý vị có thể bị tổn hại nghiêm trọng do chờ đợi đến **30 ngày** để có được quyết định. Quý vị không thể yêu cầu kháng cáo nhanh nếu quý vị đang yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị dịch vụ/sản phẩm y tế mà quý vị đã nhận được.

Chúng tôi sẽ tự động thực hiện kháng cáo nhanh cho quý vị nếu bác sĩ yêu cầu kháng cáo cho quý vị hoặc nếu bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh mà không có sự hỗ trợ từ bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem yêu cầu của quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không. Nếu chúng tôi không đưa ra kháng cáo nhanh cho quý vị, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng **30 ngày**.



Điều gì xảy ra tiếp theo?

Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo và chúng tôi tiếp tục từ chối yêu cầu của quý vị đối với dịch vụ/sản phẩm y tế, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến người đánh giá độc lập. **Nếu người đánh giá độc lập từ chối yêu cầu của quý vị, sẽ có quyết định bằng văn bản để giải thích liệu quý vị có quyền kháng cáo thêm hay không.**

Thông Tin Quan Trọng Về Quyền Khiếu Nại (Than Phiền) của Quý vị

Thông thường, gọi Bộ phận Dịch vụ khách hàng là bước đầu tiên. Nếu quý vị cần làm bất cứ điều gì khác, Bộ phận Dịch vụ khách hàng sẽ cho quý vị biết. Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số (833) 388-8168 (TTY: 711) 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, các ngày trong tuần trừ cuối tuần, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.

Nếu quý vị không muốn gọi (hoặc đã gọi nhưng không hài lòng), quý vị có thể viết đơn khiếu nại và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị gửi đơn khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời đơn khiếu nại của quý vị bằng văn bản.

Khiếu Nại Tiêu Chuẩn – Hầu hết các khiếu nại đều được giải đáp trong vòng **30 ngày** sau khi chúng tôi nhận được từ quý vị. Chúng tôi có thể mất nhiều thời gian hơn để đưa ra câu trả lời nếu quý vị yêu cầu gia hạn hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin về trường hợp của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi mất thêm thời gian và sẽ giải thích lý do tại sao cần thêm thời gian.

Khiếu Nại Nhanh – Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị về “quyết định bao trả nhanh” hoặc “kháng nghị nhanh”, hoặc, nếu chúng tôi gia hạn quyết định bao trả hoặc kháng cáo, chúng tôi sẽ tự động gửi cho quý vị “khiếu nại nhanh”. Nếu quý vị có “khiếu nại nhanh”, có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ.

Nhận trợ giúp và có thêm thông tin

- Số Miễn Cước Dịch vụ Khách hàng Clever Care: (833) 808-8163 Người dùng TTY xin gọi: 711. Giờ làm việc của chúng tôi là 8 giờ sáng đến 8 giờ tối bảy ngày một tuần, từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3 và 8 giờ sáng đến 8 giờ tối các ngày trong tuần trừ cuối tuần, từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9. Tin nhắn nhận được vào các ngày lễ hoặc ngoài giờ làm việc của chúng tôi sẽ được trả lời trong vòng một ngày làm việc.
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi: 1-877-486-2048.
- Medicare Rights Center: 1-888-HMO-9050.
- Elder Care Locator: 1-800-677-1116 hoặc www.eldercare.acl.gov để tìm trợ giúp trong cộng đồng của quý vị.
- Chương Trình Cố Vấn và Biện Hộ về Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) – Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang của California: 1-800-434-0222. Người dùng TTY xin gọi: 711.