



QUY TRÌNH GIẢI QUYẾT KHIẾU NẠI (MEDI-CAL)

TÔI CÓ THỂ GỬI ĐƠN KHIẾU NẠI BẰNG CÁCH NÀO?

1. Các Hội Viên của IEHP có quyền nộp đơn khiếu nại đối với IEHP hoặc các chuyên viên y tế của IEHP mà không sợ bị buộc tội trở lại. Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại trực tiếp với IEHP bằng cách thực hiện một trong các hành động sau:

- a) Vui lòng gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên IEHP theo số **1-800-440-IEHP (4347)**, Thứ Hai–Thứ Sáu, 7 giờ sáng–7 giờ tối, và Thứ Bảy–Chủ Nhật, 8 giờ sáng–5 giờ chiều và gửi đơn khiếu nại của quý vị đến Đại Diện Dịch Vụ Hội Viên. Đối với Người Khiếm Thính, xin gọi số **1-800-718-4347**.
- b) Gửi fax đơn khiếu nại đến Ban Khiếu Nại của IEHP theo số **(909) 890-5748**.
- c) Gửi khiếu nại trực tuyến qua trang web của IEHP tại địa chỉ **www.iehp.org**.
- d) Quý vị có thể chọn gửi đơn khiếu nại trực tiếp

theo địa chỉ sau:

Inland Empire Health Plan Grievance
Department 10801 6th St.
Rancho Cucamonga, CA 91730-5987
Giờ làm việc của IEHP: Từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều
Từ thứ Hai đến thứ Sáu

- e) Quý vị cũng có thể gửi đơn khiếu nại của mình qua đường bưu điện theo địa chỉ P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800.

2. Mẫu đơn khiếu nại của IEHP sẵn có tại tất cả các địa điểm của văn phòng Nhà Cung Cấp thuộc IEHP và tổ chức ký hợp đồng của IEHP. Nhân viên hỗ trợ bệnh nhân sẽ sẵn sàng trợ giúp quý vị trong quy trình này.

ĐIỀU GÌ SẼ XẢY RA SAU KHI TÔI GỬI ĐƠN KHIẾU NẠI CỦA MÌNH?

1. Quý vị sẽ nhận được thư xác nhận thông báo cho quý vị về việc nhận được khiếu nại của quý vị trong vòng năm ngày kể từ ngày IEHP nhận được khiếu nại của quý vị. Thư này sẽ cung cấp cho quý vị tên và số điện thoại của Đại Diện Phụ Trách Khiếu Nại, người này sẽ giúp quý vị về khiếu nại của quý vị. Vui lòng thông báo cho Đại Diện Phụ Trách Khiếu Nại nếu địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị đã thay đổi.

2. Toàn bộ quá trình sẽ được giải quyết trong vòng 30 ngày. IEHP sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải quyết trong thời gian này. Nếu cần thiết, IEHP có thể yêu cầu thêm 14 ngày để xem xét khiếu nại của quý vị.

3. Nếu khiếu nại của quý vị liên quan đến một mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe

của quý vị (chúng tôi gọi những trường hợp này là khẩn cấp), chúng tôi sẽ giải quyết khiếu nại đó trong vòng 72 giờ. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về quyết định ngay lập tức và gửi cho quý vị một lá thư giải thích cách giải quyết của chúng tôi trong vòng 72 giờ kể từ ngày chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị. Những khiếu nại khẩn cấp liên quan đến một mối đe dọa sắp xảy ra và nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị, bao gồm, nhưng không giới hạn ở, đau dữ dội, có khả năng thiệt mạng, mất chân tay hoặc mất chức năng chính của cơ thể.

4. Các dịch vụ trước đây được IEHP ủy quyền sẽ vẫn tiếp tục trong khi khiếu nại đang được giải quyết.

QUYỀN KHIẾU NẠI CỦA QUÝ VỊ

1. Quý vị có quyền được giải quyết khiếu nại khẩn cấp của mình trong vòng 72 giờ. Quý vị có quyền liên lạc ngay với Sở Chăm Sóc Sức khỏe Có Quản Lý (DMHC) về khiếu nại khẩn cấp của quý vị theo số **1-888-466- 2219**, hoặc đường dây dành cho Người Khiếm Thính theo số **1-877-688-9891**, hoặc tại trang web internet của họ: **www.dmhc.ca.gov/**. Tất cả các khiếu nại khác được giải quyết trong vòng 30 ngày.

2. Quý vị có quyền yêu cầu IEHP giúp quý vị làm việc với Nhà Cung Cấp của quý vị hoặc bất cứ ai khác để khắc phục sự cố của quý vị.

3. Quý vị có quyền thay đổi Nhà Cung Cấp của mình.

4. Quý vị có quyền chỉ định một đại diện để giúp quý vị nộp đơn khiếu nại và đại diện cho quý vị trong quá trình khiếu nại. Ngoài ra, đơn khiếu nại có thể được các Luật Sư, Bác Sĩ, Cha Mẹ, Người Giám Hộ, Người Bảo Hộ, Người Thân hoặc Người Được Chỉ Định khác đăng ký hoặc nộp nếu Hội Viên đó là trẻ vị thành niên hoặc người trưởng thành không có năng lực pháp lý. Người

thân bao gồm Cha Mẹ, Cha Mẹ Kế, Vợ/Chồng, Con Trai hoặc Con Gái Trưởng Thành, Ông Bà, Anh/Em Trai, Chị/Em Gái, Chú/Bác hoặc Cô/Dì.

5. Quý vị có quyền rút tên khỏi IEHP bất cứ lúc nào mà không cần đưa ra lý do.

6. Quý vị có quyền yêu cầu hòa giải tự nguyện. Quý vị sẽ chịu trách nhiệm về một nửa chi phí của buổi hòa giải.

7. Quý vị có quyền đệ trình ý kiến bằng văn bản, tài liệu hoặc thông tin khác để hỗ trợ cho khiếu nại của quý vị.

8. Quý vị có quyền gửi đơn khiếu nại nếu nhu cầu ngôn ngữ của quý vị không được đáp ứng.

9. Quý vị có thể liên lạc với các Cơ Quan Tiểu Bang khác để được giúp đỡ.

NẾU QUÝ VỊ VẪN KHÔNG HÀI LÒNG:

Quý vị cũng có thể gọi đến **Văn Phòng Thanh Tra của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California (Department of Health Care Services, DHCS)** để được giúp đỡ. Văn Phòng Thanh Tra giúp các thành viên Medi-Cal hiểu đầy đủ các quyền và trách nhiệm của họ với tư cách là hội viên chương trình chăm sóc có quản lý. Để tìm hiểu thêm, hãy gọi theo số miễn phí **1-888-452-8609**.

Sở Chăm Sóc Sức khỏe Có Quản lý của California (The California Department of Managed Health Care) có trách nhiệm quy định các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có than phiền về chương trình sức khỏe của mình, trước tiên quý vị nên gọi điện thoại cho chương trình sức khỏe của mình theo số **1-800-440-IEHP (4347)** (TTY: **1-800-718-4347** hoặc **711**) và sử dụng quy trình than phiền của chương trình sức khỏe của quý vị trước khi liên hệ với Sở. Việc sử dụng quy trình than phiền này không ngăn cản bất kỳ quyền pháp lý hay biện pháp đền bù tiềm năng nào có thể sẵn có cho quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ về than phiền liên quan đến một trường hợp cấp cứu, than phiền chưa được chương trình sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc than phiền đã quá 30 ngày mà vẫn chưa được giải quyết, quý vị có thể gọi cho Sở để được giúp đỡ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện được Duyệt xét y khoa độc lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn cho IMR, quy trình IMR sẽ đánh giá khách quan về các quyết định y tế do chương trình sức khỏe đưa ra liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế đối với dịch vụ hoặc điều trị được đề xuất, các quyết định đòi hỏi cho phương pháp điều trị mang tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp về thanh toán cho các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc 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 thị. Trang mạng của sở là www.dmhc.ca.gov có các mẫu đơn than phiền, đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Quý vị có thể được trợ giúp pháp lý miễn phí. Hãy gọi cho Sở Dịch vụ Xã hội California theo số **1-800-952- 5253 (đường dây dành cho Người Khiếm Thính 1- 800-952-8349)**. Quý vị cũng có thể gọi cho Hiệp Hội Trợ Giúp Pháp Lý Địa Phương trong quận của quý vị theo số **1-888-804-3536**.