

TIẾN TRÌNH KHIẾU NẠI VÀ KHÁNG CÁO



Nếu quý vị có quan tâm hoặc vấn đề hoặc không hài lòng với các dịch vụ sức khỏe hành vi của mình, Chương Trình Sức Khỏe Hành Vi (BHP) muốn bảo đảm rằng các mối quan tâm của quý vị được giải quyết một cách đơn giản và nhanh chóng. Quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể nộp đơn Khiếu Nại hoặc Kháng Cáo với văn phòng Trợ Giúp Người Tiêu Dùng ở số 1(800) 779-0787. Quý vị cũng có thể hỏi nhà cung cấp của quý vị xem họ có một tiến trình để giải quyết khiếu nại hay không. **Xin quý vị vui lòng sử dụng Mẫu Khiếu Nại và Kháng Cáo để nộp đơn Khiếu Nại hoặc yêu cầu Kháng Cáo.** Xin lưu ý rằng quý vị chỉ có thể nộp đơn khiếu nại với văn phòng Trợ Giúp Người Tiêu Dùng chứ *không phải* với nhà cung cấp của quý vị. **Quý vị sẽ không bị phân biệt đối xử hoặc bất kỳ hình phạt nào khác khi nộp đơn Khiếu Nại hoặc Kháng Cáo.**

Khiếu Nại được định nghĩa là bày tỏ sự không hài lòng về bất kỳ vấn đề nào liên quan đến các dịch vụ sức khỏe hành vi của quý vị mà không phải là một trong những vấn đề được nêu trong các tiến trình Kháng Cáo và Phiên Điều Trần Công Bằng được miêu tả dưới đây. Các thí dụ về khiếu nại có thể như sau: phẩm chất về chăm sóc của các dịch vụ được cung cấp, các khía cạnh của mối liên hệ giữa các cá nhân - chẳng hạn như sự thô lỗ của một nhân viên, v.v ... **Các bước để nộp đơn Khiếu Nại:**

- Gửi Khiếu Nại bằng lời nói hoặc bằng văn bản. Khiếu nại bằng lời nói không cần phải được tiếp nối bằng văn bản. Quý vị có thể ủy quyền cho người khác hành động thay mặt mình.
- Quý vị có thể nộp đơn Khiếu Nại bất cứ lúc nào.
- Quý vị sẽ nhận được một thư xác nhận là đã nhận được Khiếu Nại của quý vị với dấu bưu điện trong vòng 5 ngày tính từ khi nhận được Khiếu Nại.
- BHP có 90 ngày theo lịch sau khi nhận được Khiếu Nại của quý vị để xem xét và gửi thư thông báo về quyết định cho quý vị hoặc người đại diện của quý vị. Nếu không giải quyết được khiếu nại trong vòng 90 ngày theo lịch, quý vị sẽ được thông báo ngay bằng lời nói và/hoặc văn bản về các quyền của quý vị và thông tin cụ thể về khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể được gia hạn tối đa 14 ngày theo lịch nếu quý vị xin gia hạn, hoặc nếu BHP cảm thấy cần có thêm thông tin và sự chậm trễ là vì lợi ích của quý vị mà trong trường hợp đó quý vị sẽ được BHP thông báo bằng lời nói và bằng văn bản.

Quý Vị Nộp Đơn Khiếu Nại Ở Đâu

Với Sức Khỏe Hành Vi Quận Alameda (ACBH):

Bảng điện thoại: 1-800-779-0787 Trợ Giúp Người Tiêu Dùng
Để được giúp đỡ về việc nghe hoặc nói, hãy gọi số 711, Dịch Vụ Chuyên Tiếp California



Băng Bưu Điện Hoa Kỳ: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

Đích Thân: Băng cách đến văn phòng Trợ Giúp Người Tiêu Dùng tại Hiệp Hội Sức Khỏe Tâm Thần (Mental Health Association),
954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

Với nhà cung cấp của quý vị: Nhà cung cấp của quý vị có thể giải quyết khiếu nại của quý vị trong nội bộ hoặc hướng dẫn quý vị đến ACBH ở trên. Quý vị có thể nhận được các mẫu đơn và trợ giúp từ nhà cung cấp của mình.

Kháng Cáo là sự duyệt xét của BHP về Quyết Định Bất Lợi Về Quyền Lợi (ABD). **Quyết Định Bất Lợi Về Quyền Lợi** được định nghĩa là bất kỳ hành động nào sau đây được thực hiện bởi BHP hoặc nhà cung cấp có hợp đồng với BHP liên quan đến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi Medi-Cal: 1) Từ chối hoặc cho phép có giới hạn về một dịch vụ được yêu cầu, bao gồm các quyết định dựa trên loại hoặc mức độ dịch vụ, mức cần thiết về y tế, tính cách thích hợp, hoàn cảnh, hoặc hiệu quả của một quyền lợi được bảo hiểm; 2) Giảm bớt, đình chỉ, hoặc chấm dứt một dịch vụ được cho phép trước đây; 3) Từ chối, toàn bộ hoặc một phần, trả tiền cho một dịch vụ; 4) Không cung cấp dịch vụ kịp thời; 5) Không hành động trong thời hạn cần thiết để giải quyết đúng tiêu chuẩn các khiếu nại và kháng cáo; hoặc 6) Từ chối yêu cầu của người thụ hưởng để phủ nhận trách nhiệm tài chính. Quyết định do BHP đưa ra về các dịch vụ sức khỏe hành vi của quý vị có thể được miêu tả trong thư **Thông Báo về Quyết Định Bất Lợi Về Quyền Lợi (NOABD)** được gửi hoặc trao tận tay quý vị. **Các bước để nộp đơn Kháng Cáo:**

- Chỉ những người thụ hưởng Medi-Cal mới có thể nộp đơn Kháng Cáo Tiêu Chuẩn hoặc Cấp Tốc với ACBH liên quan đến NOABD cho một dịch vụ sức khỏe hành vi của Medi-Cal.
- Nộp Kháng Cáo bằng cách đích thân, qua điện thoại hoặc bằng văn bản trong vòng 60 ngày tính từ ngày của NOABD. Nếu quý vị nộp đơn Kháng Cáo bằng lời nói, quý vị phải gửi tiếp theo một thư Kháng Cáo có chữ ký. Nếu quý vị không nhận được NOABD, thì không có hạn chót phải nộp đơn; vì vậy quý vị có thể nộp bất cứ lúc nào. Quý vị có thể ủy quyền cho người khác hành động thay mặt quý vị.
- Khi quý vị yêu cầu, các quyền lợi của quý vị sẽ tiếp tục trong khi Kháng Cáo đang chờ xử lý **NẾU** quý vị nộp đơn Kháng Cáo trong vòng 10 ngày theo lịch tính từ ngày NOABD được gửi hoặc trao cho quý vị.
- Quý vị sẽ nhận được một thư xác nhận đã nhận được đơn Kháng Cáo có dấu bưu điện của quý vị trong vòng 5 ngày theo lịch tính từ khi nhận được Kháng Cáo.
- BHP có 30 ngày sau khi nhận được Kháng Cáo của quý vị để xem xét và gửi thư thông báo về quyết định cho quý vị hoặc người đại diện của quý vị. Trong thời gian này, quý vị có thể cung cấp tài liệu hỗ trợ bằng lời nói hoặc bằng văn bản bao gồm việc trình bày bằng chứng và lời khai và đưa ra các lập luận pháp lý và dựa trên sự kiện.
- Quý vị có thể được gia hạn tối đa 14 ngày theo lịch nếu quý vị yêu cầu gia hạn, hoặc nếu BHP cảm thấy cần có thêm thông tin và sự chậm trễ là vì lợi ích cho quý vị và trong trường hợp đó quý vị sẽ được BHP thông báo bằng lời nói và bằng văn bản.
- Kháng Cáo không dành cho những người thụ hưởng không hài lòng với kết quả của

khiếu nại.

Có thể yêu cầu Kháng Cáo Cấp Tốc nếu quý vị nghĩ rằng việc chờ đợi 30 ngày có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến sức khỏe tâm thần hoặc tình trạng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và/hoặc khả năng của quý vị để đạt được, duy trì hoặc lấy lại chức năng tối đa. Nếu BHP đồng ý rằng kháng cáo của quý vị hội đủ điều kiện để là một Kháng Cáo Cấp Tốc, BHP sẽ giải quyết trong vòng 72 giờ sau khi nhận được Kháng Cáo Cấp Tốc đó. **Các bước để nộp đơn Kháng Cáo Cấp Tốc:**

- Gửi Kháng Cáo Cấp Tốc bằng cách đích thân, qua điện thoại hoặc bằng văn bản trong vòng 60 ngày tính từ ngày của Thông Báo về Quyết Định Bất Lợi Về Quyền Lợi (NOABD). Yêu cầu Kháng Cáo Cấp Tốc bằng lời nói và bằng cách đích thân không cần phải được viết thành văn bản. quý vị có thể ủy quyền cho người khác hành động thay mặt quý vị.
- Khi quý vị yêu cầu, các quyền lợi của quý vị sẽ tiếp tục trong khi Kháng Cáo Cấp Tốc đang chờ xử lý **NẾU** quý vị nộp đơn Kháng Cáo trong vòng 10 ngày theo lịch tính từ ngày NOABD được gửi hoặc trao cho quý vị.
- BHP có 72 giờ sau khi nhận được Kháng Cáo Cấp Tốc của quý vị để xem xét và gửi thư cho quý vị hoặc người đại diện của quý vị để Thông Báo về Quyết Định cho Kháng Cáo (NAR), và cũng có thể thông báo cho quý vị bằng lời nói. Trong thời gian này, quý vị có thể cung cấp tài liệu hỗ trợ bằng lời nói hoặc bằng văn bản bao gồm việc trình bày bằng chứng và lời khai và đưa ra các lập luận pháp lý và dựa trên sự kiện.
- Quý vị có thể được gia hạn tối đa 14 ngày theo lịch nếu quý vị yêu cầu gia hạn, hoặc nếu BHP cảm thấy cần có thêm thông tin và việc trì hoãn là vì lợi ích cho quý vị.
- Nếu BHP quyết định rằng kháng cáo của quý vị không hội đủ điều kiện để là một Kháng Cáo Cấp Tốc, họ sẽ thông báo cho quý vị ngay bằng lời nói và bằng văn bản trong vòng 2 ngày theo lịch. Kháng cáo của quý vị sau đó sẽ được giải quyết theo tiến trình Kháng Cáo Tiêu Chuẩn.

Quý Vị Nộp Kháng Cáo Ở Đâu

Với ACBH của Quận Alameda:

Bằng điện thoại: 1-800-779-0787 Trợ Giúp Người Tiêu Dùng
Để được giúp đỡ về việc nghe hoặc nói, hãy gọi số 711, Dịch Vụ Chuyển Tiếp California

Bằng Bưu Điện Hoa Kỳ: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

Đích Thân: Bằng cách đến văn phòng Trợ Giúp Người Tiêu Dùng tại Hiệp Hội Sức Khỏe Tâm Thần (Mental Health Association),
954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

Quý vị có quyền xin Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang, tức là một cứu xét độc lập được Bộ Dịch Vụ Xã Hội California thực hiện, nếu quý vị đã tận dụng hết tiến trình Kháng Cáo của BHP. Một đơn yêu cầu Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang được bao gồm trong mỗi Thông báo về Quyết Định cho Kháng Cáo (NAR); quý vị phải gửi đơn yêu cầu trong vòng 120 ngày tính từ ngày

đóng dấu bưu điện hoặc ngày mà BHP trao NAR tận tay cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang cho dù quý vị có nhận được NOABD hay không. Để giữ nguyên các dịch vụ của quý vị trong khi chờ đợi phiên điều trần, quý vị phải yêu cầu điều trần trong vòng mười (10) ngày tính từ ngày NAR được gửi qua bưu điện hoặc trao tận tay quý vị hoặc trước ngày thay đổi dịch vụ có hiệu lực, bất luận trường hợp nào xảy ra sau. Tiểu Bang phải đạt được quyết định của họ trong vòng 90 ngày theo lịch tính từ ngày yêu cầu đối với Điều Trần Tiêu Chuẩn và đối với Điều Trần Cấp Tốc thì trong vòng 3 ngày tính từ ngày yêu cầu. BHP sẽ cho phép hoặc cung cấp các dịch vụ tranh chấp một cách nhanh chóng trong vòng 72 giờ tính từ ngày nhận được thông báo đảo ngược ABD của BHP. Quý vị có thể yêu cầu Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang bằng cách gọi số 1(800) 952-5253, hoặc cho TTY 1 (800) 952-8349, trên mạng <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> hoặc viết thư cho: California Department of Social Services/State Hearings Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430.

Để biết thêm thông tin chi tiết về tiến trình Khiếu Nại hoặc Kháng Cáo, xin quý vị vui lòng xin nhà cung cấp của quý vị một bản sao *Hướng Dẫn về Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Medi-Cal* HOẶC *Hướng Dẫn về Dịch Vụ Thuốc Men Medi-Cal*. Đối với các câu hỏi hoặc giúp đỡ để điền các mẫu đơn, quý vị có thể hỏi nhà cung cấp của quý vị hoặc gọi điện thoại đến:

Trợ Giúp Người Tiêu Dùng: 1(800) 779-0787

ĐƠN YÊU CẦU KHIẾU NẠI hoặc KHÁNG CÁO

Mẫu đơn này được sử dụng để nộp đơn Khiếu Nại hoặc yêu cầu Kháng Cáo. Nếu quý vị cần hỗ trợ trong việc điền mẫu đơn này, quý vị có thể yêu cầu trợ giúp từ bác sĩ của quý vị hoặc bằng cách gọi đến văn phòng Trợ Giúp Người Tiêu Dùng ở số (800) 779-0787. **Một giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Riêng Tư có chữ ký cần phải được gửi chung với mẫu đơn này.** Quý vị có thể gửi Đơn Yêu Cầu Khiếu Nại hoặc Kháng Cáo đến nhà cung cấp của quý vị (Bác sĩ, nhân viên phụ trách hồ sơ, bác sĩ lâm sàng, Giám Sát Viên Chương Trình, v.v.) hoặc gửi trực tiếp đến văn phòng Trợ Giúp Người Tiêu Dùng ở số: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606. **Xin quý vị vui lòng điền cả hai mặt của mẫu đơn này.**

Tôi muốn nộp đơn: (chọn một) Khiếu Nại Kháng Cáo

Đánh dấu vào đây nếu quý vị yêu cầu Kháng Cáo của mình được xử lý theo **Tiến Trình Kháng Cáo Cấp Tốc** (xem những điều kiện để được xem là một **Kháng Cáo Cấp Tốc**)

Địa chỉ và số điện thoại của quý vị rất quan trọng. Chúng tôi cần chi tiết này để liên lạc với quý vị về kết quả của đơn Khiếu Nại hoặc Kháng Cáo của quý vị. **XIN VUI LÒNG VIẾT THEO KIỂU CHỮ IN:**

Tên Họ Của Quý Vị: _____

Địa Chỉ Của Quý Vị: _____

Số Điện Thoại Ban Ngày Của Quý Vị: _____ Ngày Sinh: _____

Chúng tôi có thể để lại lời nhắn ở số điện thoại trên không? Có Không

Nhà Cung Cấp Hiện Thời: _____

Nếu Thích Hợp, Người Đại Diện Cho Quý Vị: _____

Địa Chỉ Của Người Đó: _____

Số Điện Thoại Ban Ngày Của Người Đó: _____



Xin quý vị vui lòng trả lời những câu hỏi sau đây. Kèm thêm giấy nếu cần.

Quý vị có vấn đề gì? _____

Quý vị đã làm gì để giải quyết vấn đề đó? _____

Quý vị muốn giải quyết như thế nào? _____

Chữ Ký Của Người Tiêu Dùng (hoặc Đại Diện của Người Tiêu Dùng)

Ngày

Quý vị sẽ không bị phân biệt đối xử hoặc bất kỳ hình phạt nào khác khi nộp đơn Khiếu Nại hoặc Kháng Cáo. Thông tin riêng tư của quý vị sẽ luôn luôn được bảo vệ theo luật của Tiểu Bang và Liên Bang. Quý vị có thể yêu cầu Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang sau khi hoàn tất Tiến Trình Kháng Cáo.

Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Riêng Tư

(Xin quý vị vui lòng điền cả hai mặt của mẫu đơn này)

Trang | 1

Họ của Người Tiêu Dùng	Tên	Tên Đệm	Ngày Sinh
Địa Chỉ	Thành Phố	Số Bưu Chính	Số Điện Thoại Ban Ngày

Số An Sinh Xã Hội ***(Cần Phải Ghi)**

Tôi, yêu cầu rằng thông tin y tế được bảo vệ (PHI) của tôi từ:

Tên Của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe	Điện Thoại		
Địa Chỉ	Thành Phố/Tiểu Bang	Số Bưu Chính	FAX # (nếu có)

Được tiết lộ cho: ACBH – QA Office (Văn Phòng QA)
Consumer Assistance (Trợ Giúp Người Tiêu Dùng)
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

Tôi cho phép các PHI sau đây được tiết lộ từ (các) hồ sơ y tế của tôi:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Phòng Cấp Cứu | <input type="checkbox"/> Hình Dương Bản/Báo Cáo Bệnh Lý |
| <input type="checkbox"/> Báo Cáo của Phòng Thí Nghiệm | <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Hóa Đơn Ghi Từng Khoản |
| <input type="checkbox"/> Báo Cáo về Rọi Tia X | <input type="checkbox"/> Bản Tóm Lược Khi Xuất Viện |
| <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Chứng Ngừa | <input type="checkbox"/> Quá Trình và Khám Bệnh, Tham Vấn |
| <input type="checkbox"/> Toàn Bộ Hồ Sơ Y Tế (tất cả các trang) | <input type="checkbox"/> Báo Cáo Giải Phẫu |
| <input type="checkbox"/> Thông Tin Khác: _____ | |



Luật Tiểu Bang và Liên Bang bảo vệ các thông tin sau đây. Nếu các thông tin này áp dụng cho quý vị, xin vui lòng cho biết nếu quý vị muốn thông tin này được tiết lộ/thu nhận (bao gồm những ngày thích hợp):

Hồ Sơ về Sức Khỏe Tâm Thần	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Hồ Sơ Tâm Lý Trị Liệu	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Thử Nghiệm HIV và Kết Quả	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Hồ Sơ về Rượu Bia, Ma Túy, hoặc Lạm Dụng Chất Gây Nghiện	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Hồ Sơ Về Di Truyền	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

Bao gồm khoảng thời gian chăm sóc sức khỏe từ: (Những) ngày cụ thể _____ đến _____ **HOẶC**
 Tất cả những lần gặp gỡ/viếng thăm trong quá khứ, hiện tại, và tương lai

Mục đích xin thông tin: Giải quyết yêu cầu khiếu nại hoặc kháng cáo của tôi

Thỏa thuận này có thể bị người ký tên dưới đây hủy bỏ bất cứ lúc nào ngoại trừ trường hợp hành động đó đã được thực hiện dựa vào đây, và nếu không bị hủy bỏ trước đó, nó sẽ chấm dứt sáu (6) tháng tính từ ngày thỏa thuận. Người ký tên có thể hủy bỏ việc tiết lộ này bằng văn bản hoặc bằng lời nói để thông báo cho văn phòng Trợ Giúp Người Tiêu Dùng.

Chữ Ký của Thân Chủ hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày

Tên Theo Kiểu Chữ In

Liên Hệ với Bệnh Nhân (nếu thích ứng)

Bất kỳ việc tiết lộ thông tin hồ sơ y tế nào bởi (những) người nhận đều bị cấm trừ khi được bao hàm trong mục đích tiết lộ. CẤM TIẾT LỘ LẠI THÔNG TIN ĐƯỢC BẢO VỆ VỀ SUD (BỆNH DO SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN): 42 CFR Phần 2 cấm tiết lộ trái phép các hồ sơ này.