

Quy trình khiếu nại

Nếu tổ chức chăm sóc phối hợp (Coordinated care organization, hoặc CCO), chương trình bảo hiểm nha khoa hoặc bảo hiểm sức khỏe tâm thần của quý vị từ chối trả bảo hiểm cho một dịch vụ mà quý vị cho là cần được bảo hiểm, quý vị có thể khiếu nại điều đó. Để làm việc này:

- Điền trang 3 và 4 của đơn này. Nộp đơn này cho CCO hoặc chương trình bảo hiểm của quý vị, hoặc
- Liên lạc với CCO hoặc chương trình bảo hiểm bằng điện thoại, thư hoặc fax. Nếu quý vị muốn khiếu nại qua điện thoại và không cần khiếu nại cấp bách, quý vị cũng phải trình khiếu nại bằng văn bản.

Nếu quý vị cần trợ giúp để làm việc này, hãy hỏi CCO hoặc Đơn vị Dịch vụ Khách hàng của chương trình để được giúp đỡ.

Thời hạn

CCO hoặc chương trình bảo hiểm phải nhận được khiếu nại của quý vị trong vòng 60 ngày kể từ ngày ghi trên trang đầu tiên của *Thông báo Quyết định (Notice of Action)* (lá thư mà quý vị nhận được về quyết định từ chối dịch vụ).

Nếu quý vị yêu cầu sau thời hạn này, quý vị phải chứng minh rằng quý vị có lý do chính đáng cho sự chậm trễ đó.

Chuyện gì xảy ra nếu tôi khiếu nại?

Một y tá hoặc bác sĩ khác từ CCO hoặc chương trình bảo hiểm của quý vị sẽ xem xét dịch vụ được yêu cầu và tất cả thông tin trong đơn khiếu nại của quý vị.

- Việc xem xét này sẽ giúp họ quyết định có nên thay đổi quyết định từ chối hay không.
- Quý vị có quyền xem thông tin này trước khi họ đưa ra quyết định (liên lạc với CCO hoặc Đơn vị Dịch vụ Khách hàng của chương trình bảo hiểm để hỏi về việc này).
- Quý vị và bác sĩ của mình cũng có thể đích thân đến hoặc viết thư để cung cấp cho CCO hoặc chương trình bảo hiểm các thông tin bổ sung nhằm giúp họ ra quyết định.

Trong vòng 16 ngày kể từ ngày quý vị ra yêu cầu, CCO hoặc chương trình bảo hiểm sẽ gửi cho quý vị một *Thông báo về Kết quả Khiếu nại (Notice of Appeal Resolution)* để cho quý vị biết quyết định của họ.

Quy trình yêu cầu điều trần

Nếu quý vị đã khiếu nại và không đồng ý với cách giải quyết khiếu nại của CCO hoặc chương trình bảo hiểm, quý vị có thể yêu cầu OHA tổ chức một phiên điều trần. Để làm việc này:

- Điền trang 3 và 4 của đơn này. Gửi lại cho OHA hoặc Văn phòng Bộ Xã hội Tiềm bang Oregon (Oregon Department of Human Services - ODHS); **HOẶC**
- Điền biểu mẫu trực tuyến tại trang mạng bit.ly/ohp-hearing-form; **HOẶC**
- Điền và gửi lại Đơn Yêu cầu Điều trần Hành chính (Administrative Hearings Request - MSC 443). Để lấy đơn này và được giúp điền đơn, hãy tìm đến một văn phòng ODHS, hoặc gọi số 800-273-0557 (đường dây dành cho người khiếm thính hoặc khuyết tật về phát âm: TTY 711).

Quý vị cũng có thể tìm thấy đơn này tại **OHP.Oreb.gov** (nhấp vào mục "Forms").

Thời hạn

OHA phải nhận được yêu cầu điều trần của quý vị trong vòng 120 ngày kể từ ngày ghi trên *Thông báo về Kết quả Khiếu nại* (lá thư mà quý vị nhận được về việc khiếu nại).

Nếu quý vị yêu cầu sau thời hạn này, quý vị phải chứng minh rằng quý vị có lý do chính đáng cho sự chậm trễ đó.

Chuyện gì xảy ra nếu tôi yêu cầu điều trần?

Trước khi tổ chức điều trần, nhân viên OHA sẽ gọi cho quý vị để hỏi thêm thông tin và trả lời thắc mắc của quý vị.

Tại phiên điều trần, quý vị có thể trình bày lý do tại sao quý vị không đồng ý với quyết định này. Đa số các phiên điều trần được tiến hành qua điện thoại. Những cá nhân sau đây cũng sẽ tham gia phiên điều trần:

- Đại diện điều trần của OHA
- Đại diện từ CCO hoặc chương trình bảo hiểm của quý vị
- Đại diện hoặc người trợ giúp của quý vị (nếu có)
- Thẩm phán Luật Hành chính
- Bất kỳ nhân chứng nào quý vị mời tham gia

Nếu dịch vụ tôi yêu cầu vẫn bị từ chối thì sao?

Nếu sau khi khiếu nại, CCO hoặc chương trình bảo hiểm vẫn không thay đổi quyết định từ chối của họ, quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần với OHA.

Tại phiên điều trần, Thẩm phán sẽ xem xét những thông tin được trình bày tại đó và đưa ra quyết định. Quý vị sẽ nhận được một *Lệnh Tối hậu và Theo Đề xuất (Proposed and Final Order)* (quyết định của thẩm phán) trong vòng 30 ngày.

Các phiên điều trần sẽ tuân thủ Đạo luật Thủ tục Hành chính (Administrative Procedures Act), Chương 183 của Bộ luật Sửa đổi Oregon (Oregon Revised Statutes, hoặc ORS), và các Nguyên Tắc Hành Chánh Oregon (Oregon Administrative Rules) số 137-003-0501 to 0700, 410-120-1860, 410-141-3900.

Những điều quý vị cần biết trước khi khiếu nại hoặc yêu cầu điều trần

Ngoài việc khiếu nại và yêu cầu điều trần, sau đây là hai việc quý vị có thể làm bất cứ lúc nào. Họ sẽ **không** cho quý vị thêm thời gian để khiếu nại hoặc yêu cầu điều trần, vì vậy quý vị cần phải thực hiện hai việc này ngay lập tức:

1. Quý vị có thể tham khảo ý kiến bác sĩ của mình về những phương pháp khác để điều trị bệnh cho quý vị.
2. Quý vị có thể yêu cầu những thông tin được sử dụng để đưa ra quyết định này. Để thực hiện việc này, hãy gọi cho Đơn vị Dịch vụ khách hàng của CCO hoặc chương trình bảo hiểm của quý vị.

Tiếp tục nhận dịch vụ

Nếu quý vị đã có dịch vụ này **trước khi** CCO hoặc chương trình bảo hiểm từ chối nó, quý vị có thể xin được tiếp tục nhận dịch vụ này trong khi chờ kết quả khiếu nại hoặc điều trần. Để làm điều này, quý vị phải:

- Đánh dấu chọn câu trả lời "Có/yes" cho Câu hỏi số 8 trên trang 4 của đơn này, và
- Yêu cầu khiếu nại không muộn hơn 10 ngày sau "Ngày thông báo (Date of Notice)" ghi trên *Thông báo Quyết định* hoặc "ngày có hiệu lực (effective date)" (nếu thông báo có ghi ngày có hiệu lực), tùy theo ngày nào muộn hơn và
- Yêu cầu điều trần không muộn hơn 10 ngày sau "Ngày thông báo (Date of Notice)" ghi trên *Thông báo về Kết quả Khiếu nại* hoặc "ngày có hiệu lực (effective date)" (nếu thông báo có ghi ngày có hiệu lực), tùy theo ngày nào muộn hơn.

Nếu kết quả khiếu nại hoặc điều trần vẫn không thay đổi quyết định ban đầu, có thể quý vị sẽ phải chi tiền túi cho các dịch vụ quý vị nhận được sau ngày có hiệu lực ghi trên thư *Thông báo Quyết định* hoặc *Thông báo về Kết quả Khiếu nại*.

Nếu quý vị muốn được giúp đỡ với thủ tục khiếu nại hoặc điều trần:

Quý vị có thể mang theo một người bạn, người nhà, người bệnh vực, bác sĩ hoặc luật sư để trợ giúp quý vị trong quá trình khiếu nại hoặc điều trần. CCO hoặc chương trình bảo hiểm sẽ quyết định ai sẽ tham dự buổi khiếu nại/điều trần của quý vị. Nếu quý vị muốn có luật sư đại diện, quý vị có thể gọi số này để được giúp đỡ:

- Gọi Đường dây Nóng về Trợ cấp Chính phủ (Public Benefits Hotline) theo số 800-520-5292 (TTY 711) để được tư vấn và có thể được đại diện. Dịch vụ Trợ giúp Pháp lý Oregon (Legal Aide Services of Oregon) và Trung tâm Luật Oregon (Oregon Law Center) là hai tổ chức tài trợ đường dây nóng này.
- Gọi cho Đoàn Luật sư Oregon (Oregon State Bar) theo số 800-452-8260 để biết về các dịch vụ pháp lý miễn phí hoặc giá rẻ.

Nếu quý vị muốn có người đại diện tại phiên điều trần, vui lòng cung cấp thông tin liên lạc của họ trên đơn này hoặc đơn MSC 443, hoặc báo cho đại diện điều trần của OHA.

Trong trường hợp yêu cầu của quý vị đến muộn hoặc bị hủy, quý vị không yêu cầu điều trần, hoặc quý vị không tham dự phiên điều trần của mình:

Quý vị có thể sẽ mất quyền được khiếu nại hoặc điều trần về quyết định này. Nếu việc đó xảy ra, thông báo về quyết định cuối cùng từ CCO hoặc chương trình bảo hiểm của quý vị sẽ là quyết định tối hậu (hoặc "lệnh tối hậu theo mặc định"). Nó sẽ có hiệu lực sau 120 ngày kể từ ngày thông báo. Quý vị

sẽ không nhận thông báo nào khác về quyết định này. Hồ sơ lệnh tối hậu sẽ là hồ sơ vụ việc được sử dụng để đưa ra quyết định, cùng với tất cả những tài liệu liên quan mà quý vị đã nộp sau đó.

Nếu quý vị hủy yêu cầu điều trần của mình hoặc bỏ lỡ phiên điều trần, quý vị sẽ nhận một lệnh bác bỏ (dismissal order). Quý vị vẫn có thể kháng cáo quyết định bác bỏ này theo ORS 183.482 bằng cách trình đơn kiến nghị lên Tòa Phúc thẩm Oregon (Oregon Court of Appeals). Quý vị phải làm điều này trong vòng 60 ngày kể từ ngày ghi trên lệnh bác bỏ. Lệnh bác bỏ sẽ cho quý vị biết về thời hạn kháng cáo.

Ghi chú dành cho quân nhân: Đạo luật Dân sự Bảo vệ Quân nhân liên bang (Servicemembers Civil Relief Act) cho phép các quân nhân đang thi hành nhiệm vụ hoãn lại các thủ tục pháp lý này. Để tìm hiểu thêm, quý vị có thể liên lạc với Hội Luật sư Oregon (Oregon State Bar) theo số 800-452-8260, Sở Quân vụ Oregon (Oregon Military Department) theo số 503-584-3571, hoặc một văn phòng trợ giúp pháp lý dành cho Quân Nhân (Armed Forces legal assistance office), <http://legalassistance.law.af.mil>.

Nếu dịch vụ vẫn bị từ chối sau khi quý vị khiếu nại hoặc điều trần

Quý vị có thể chọn tự trả tiền cho dịch vụ. Tham khảo với bác sĩ của quý vị về điều này. Sau đó, quý vị và bác sĩ của mình phải ký một *Thỏa thuận Thanh toán* để cho thấy rằng quý vị hiểu quý vị phải trả tiền cho các dịch vụ không được bảo hiểm.

Yêu cầu xem lại quyết định về bảo hiểm sức khỏe

Hoàn tất trang 3 và 4 của biểu mẫu này hoặc điền biểu mẫu trực tuyến tại trang mạng bit.ly/ohp-hearing-form.

Gửi đơn khiếu nại đến:

CCO hoặc chương trình bảo hiểm của quý vị
(Dùng địa chỉ ghi trên Thông báo Quyết định từ
CCO hoặc chương trình bảo hiểm của quý vị)

Gửi yêu cầu điều trần đến:

OHA-Medical Hearings Unit
500 Summer St NE E49
Salem, OR 97301-1077 Fax: 503-945-6035

Loại yêu cầu - Chỉ đánh dấu chọn một (xem trang 1 để biết thêm chi tiết):

Các thành viên của CCO hoặc chương trình bảo hiểm **phải** trình đơn khiếu nại trước khi họ yêu cầu điều trần với OHA. Việc khiếu nại hoặc yêu cầu điều trần sẽ **không** ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện để nhận trợ cấp bảo hiểm từ Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon của quý vị. Quyết định này là tùy quý vị.

- ☐ **Yêu cầu khiếu nại:** Yêu cầu CCO hoặc chương trình bảo hiểm xem xét lại quyết định từ chối của họ.
Đính kèm một bản sao của Thông báo Quyết định ("Notice of Action") từ CCO hoặc chương trình bảo hiểm của quý vị.
- ☐ **Yêu cầu điều trần:** Yêu cầu OHA xét lại quyết định từ chối bảo hiểm hoặc kháng cáo của CCO hoặc chương trình.
Đính kèm một bản sao của "Thông báo về Giải quyết Đơn kháng cáo (Notice of Appeal Resolution)" (quyết định kháng cáo) từ CCO hoặc chương trình bảo hiểm của quý vị.

Vui lòng cho chúng tôi biết về cá nhân thành viên mà đã bị từ chối dịch vụ:

1. Tên thành viên: _____ Mã Số của Thân Chủ: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã bưu chính (ZIP): _____
Điện thoại: _____ Ngày sinh: _____
Số An sinh Xã hội* (không bắt buộc): _____
Ngôn ngữ nói: ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Nga ☐ Tiếng Việt
☐ Khác: _____

Quý vị có cần chúng tôi cung cấp tài liệu bằng định dạng khác không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng ghi rõ:

**Pháp luật cho phép Cơ quan Quản lý Y tế Oregon (Oregon Health Authority, hoặc OHA) yêu cầu Số An Sinh Xã Hội (SSN) của quý vị. Quý vị có thể tìm thấy các luật này dưới 42 USC 1320b-7(a) and (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 436.920, và 42 CFR 457.340(b). Quý vị không bắt buộc phải cung cấp SSN. Nếu quý vị cung cấp SSN, OHA sẽ chỉ sử dụng số này cho mục đích tìm tài liệu và hồ sơ của quý vị.*

2. Có ai có thể giúp thành viên này trong quá trình khiếu nại hay điều trần không? Ví dụ: bạn bè, người nhà, người biện hộ, bác sĩ hoặc luật sư. *Nếu hiện tại quý vị không có người giúp, quý vị có thể bổ sung tên người đại diện bất cứ lúc nào trước ngày xử lý khiếu nại hoặc điều trần:*

- ☐ Không
- ☐ Có, tên: _____
Địa chỉ, Thành phố,
Tiểu bang, Mã vùng: _____

Điện thoại: _____

Ai đã điền đơn này? Vui lòng cho chúng tôi biết về người đó (nếu không phải là cá nhân thành viên):

3. Tên: _____ Điện thoại: _____

4. Mối quan hệ với thành viên: _____

Vui lòng cho chúng tôi về yêu cầu của quý vị:

5. Dịch vụ nào đã bị từ chối? Liệt kê chúng ở đây.

6. Thành viên này đã nhận được thông báo về quyết định bằng văn bản? Chọn một:

☐ Có. Ngày thông báo: _____

☐ Không

7. Thành viên này có nhận (các) dịch vụ này trước khi họ bị từ chối không?

☐ Vâng

☐ Không

8. Nếu thành viên này đã nhận (các) dịch vụ này trước khi bị từ chối, họ có muốn tiếp tục nhận (các) dịch vụ này trong khi chờ giải quyết khiếu nại hay điều trần không?

☐ Có (đọc phần *Tiếp tục Nhận Dịch vụ/Continuing Services trên trang 2 trước khi đánh dấu vào ô này*)

☐ Không

☐ Không áp dụng: Thành viên này đã không nhận được (các) dịch vụ trước khi từ chối.

9. Thành viên này có cần được giải quyết khiếu nại hoặc điều trần cấp bách hay không vì chờ đợi có thể sẽ gây nguy hiểm đến cuộc sống, sức khỏe, hoặc khả năng sinh hoạt của họ?

☐ Không

☐ Có. *Vui lòng giải thích việc chờ đợi có thể gây hại cho thành viên như thế nào.*

10. Vui lòng cho chúng tôi biết lý do tại sao CCO hoặc chương trình bảo hiểm nên trả tiền cho dịch vụ này. *Quý vị cũng có thể gửi tài liệu và hồ sơ y tế để chứng minh.*

Chữ ký của thành viên (cần phải có cho đơn khiếu nại):

Chữ ký của thành viên hoặc đại diện pháp lý của thành viên

Ngày