Biểu Mẫu Khiếu Nại

DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

Vui lòng hoàn thành biểu mẫu này và gửi lại đến địa chỉ gửi thư được ghi ở trên sớm nhất có thể. Chúng tôi sẽ xác nhận đã nhận được biểu mẫu từ quý vị trong vòng năm ngày làm việc. Mọi khiếu nại sẽ được giải quyết trong vòng 30 ngày nếu có thể. Nếu khiếu nại của quý vị là khẩn cấp hoặc cấp cứu, vui lòng gọi đến số điện thoại miễn cước của Chương Trình theo số 1-855-388-6257, TTY/TDD 711 đối với Quận Los Angeles hoặc 1-833-479-1984, TTY/TDD 711 đối với Quận Sacramento để được xem xét ngay lập tức. Các hội viên nộp khiếu nại về Chương Trình sẽ không bị phân biệt đối xử hoặc trả thù theo bất kỳ cách nào.

Thông Tin Hội Viên

Tên Hội Viên: _____

Số Định Danh Hội Viên: _____

Tên Người Đăng Ký (nếu khác với mục trên): _____

Số Định Danh của Người Đăng Ký (nếu khác với mục trên): _____

Số Điện Thoại Ban Ngày: _____ Số Điện Thoại Buổi Tối: _____

Thông Tin Khiếu Nại

Vui lòng sử dụng mặt sau của biểu mẫu này để mô tả chi tiết khiếu nại của quý vị.
Khiếu nại này đang được nộp đối với (vui lòng đánh dấu vào (các) ô thích hợp):

□ Chương Trình □ Cơ Sở □ Nhân Viên Cơ Sở

(Các) Ngày Xảy Ra Khiếu Nại: _____

Thông Tin về Cơ Sở

Tên Cơ Sở: _____ Số Định Danh của Cơ Sở: _____

Địa Chỉ Cơ Sở: _____

Tên (Các) Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Điều Trị: _____

Liệt kê (các) tên của nhân viên cơ sở mà quý vị đã trao đổi về vấn đề này: _____

_____

Các Định Nghĩa liên quan đến Quy Trình Khiếu Nại

- "Khiếu Nại" có nghĩa là việc bày tỏ bằng văn bản hoặc bằng lời nói về sự không hài lòng liên quan đến chương trình và/hoặc nhà cung cấp dịch vụ, bao gồm các mối lo ngại về chất lượng chăm sóc, và sẽ bao gồm than phiền, tranh chấp, yêu cầu xem xét lại hoặc kháng cáo do người ghi danh hoặc đại diện của người ghi danh đưa ra.
- "Than phiền" cũng là "khiếu nại".
- "Người than phiền" cũng là "người khiếu nại" và có nghĩa là người đã nộp khiếu nại bao gồm người ghi danh, đại diện do người ghi danh chỉ định hoặc cá nhân khác có thẩm quyền hành động thay mặt cho người ghi danh.
- "Đã giải quyết" có nghĩa là khiếu nại đã đi đến kết luận cuối cùng liên quan đến khiếu nại đã nộp của người ghi danh và không có khiếu nại nào đang chờ xử lý của người ghi danh trong hệ thống khiếu nại của chương trình, bao gồm cả các thực thể có thẩm quyền được ủy quyền.
- Các khiếu nại "đang chờ xử lý" không được giải quyết trong vòng 30 ngày dương lịch hoặc các khiếu nại được chuyển đến hệ thống than phiền hoặc đánh giá y tế độc lập của Sở.

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm y tế của mình, trước tiên quý vị cần gọi điện đến chương trình bảo hiểm y tế của mình theo số 1-855-388-6257, TTY/TDD 711 đối với Quận Los Angeles hoặc 1-833-479-1984 TTY/TDD 711 đối với Quận Sacramento và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm y tế của quý vị trước khi liên hệ với sở. Việc sử dụng quy trình khiếu nại này không ngăn cấm bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp khắc phục tiềm năng nào mà quý vị có thể có. Nếu quý vị cần trợ giúp về khiếu nại liên quan đến trường hợp cấp cứu, khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm y tế của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc khiếu nại vẫn chưa được giải quyết trong hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi đến sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện nhận Đánh Giá Y Tế Độc Lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện nhận IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp đánh giá khách quan về các quyết định y tế do một chương trình bảo hiểm y tế đưa ra liên quan đến tính cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, các quyết định đài thọ cho các phương pháp điều trị mang tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp thanh toán cho các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn cước (1-888-466-2219) và đường dây TDD (1-877-688-9891) dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web internet của sở www.dmhc.ca.gov có các biểu mẫu than phiền, biểu mẫu đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Mô Tả Sự Vụ và Khiếu Nại của Quý Vị (đính kèm thêm các trang, nếu cần)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Tôi cho phép bất kỳ nha sĩ, bác sĩ, bệnh viện hoặc cơ sở y tế hay chuyên gia nào khác tiết lộ bất kỳ và tất cả hồ sơ y tế/nha khoa nào liên quan đến khiếu nại của tôi hoặc có thể ảnh hưởng đến việc xem xét và giải quyết của Chương Trình.

_____ _____

Chữ Ký của Hội Viên Ngày

Tôi cho phép California Dental Network, Inc. hoạt động dưới tên DentaQuest thảo luận về Khiếu Nại này với (những) người được nêu tên bên dưới, bao gồm bất kỳ hồ sơ y tế/nha khoa có liên quan nào và/hoặc thông tin sức khỏe cá nhân cần thiết để hỗ trợ xử lý Khiếu Nại này.

_____

Tên của (Những) Người Đại Diện Được Ủy Quyền

_____ _____

Chữ Ký của Hội Viên Ngày

Hủy Bỏ Khoản Đài Thọ Chăm Sóc Sức Khỏe Biểu Mẫu Khiếu Nại

DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

Thông Tin Hội Viên

Tên Hội Viên: _____ Giới Tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Khác

Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ (nếu hoàn thành cho trẻ vị thành niên): _____

Ngày Sinh của Hội Viên: _____ MSố Hội Viên: _____

Địa Chỉ Gửi Thư của Hội Viên: _____

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Zip của Hội Viên: _____

Số Điện Thoại Ban Ngày: _____ Số Điện Thoại Buổi Tối: _____

Địa Chỉ Email: _____

Chủ Lao Động (nếu có): _____

Tên của Tất Cả Người Ghi Danh Bị Ảnh Hưởng: _____

_____

Số Định Danh Người Đăng Ký của Tất Cả Người Ghi Danh Bị Ảnh Hưởng: _____

_____

Tên Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế: _____

Số Định Danh Medi-Cal (nếu có): _____

Số ID Medicare hoặc Medicare Advantage (nếu có): _____

Nhóm Y Tế (nếu có): _____

Chữ Ký của Hội Viên: _____ Ngày: _____

Thông Tin Khiếu Nại

Nếu Có:

Ngày Hội Viên nhận được thông báo rằng khoản đài thọ đã hoặc sẽ kết thúc: _____

Ngày Hội Viên nộp khiếu nại với một tổ chức khác ngoài Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (Department of Managed Health Care, DMHC): _____

Nếu Có, Vui Lòng Cung Cấp:

- Bản sao (các) thông báo và thư tín đã nhận từ chương trình, nếu có
- Bản sao của bất kỳ thư tín nào do Hội Viên gửi
- Bản sao bằng chứng thanh toán cho giai đoạn đài thọ đã thanh toán cuối cùng

Tiết Lộ Y Tế

Tôi yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) đưa ra quyết định về vấn đề liên quan đến chương trình của tôi. Tôi yêu cầu DMHC xem xét Biểu Mẫu Khiếu Nại về Việc Hủy Bỏ Khoản Đài Thọ Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi để xác định xem khiếu nại của tôi có đủ điều kiện đối với quy trình Than Phiền dành cho Người Tiêu Dùng của DMHC hay không.. Tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ trước đây và hiện tại của tôi, cũng như chương trình của tôi, tiết lộ hồ sơ y tế và thông tin của tôi để xem xét vấn đề này. Các hồ sơ này có thể bao gồm các báo cáo y tế, sức khỏe tâm thần, lạm dụng chất gây nghiện, HIV, hình ảnh chẩn đoán và các hồ sơ khác liên quan đến khiếu nại của tôi. Các hồ sơ này cũng có thể bao gồm các hồ sơ phi y tế và bất kỳ thông tin nào khác liên quan đến khiếu nại của tôi. Tôi cho phép DMHC xem xét các hồ sơ cùng thông tin này và gửi cho chương trình của tôi. Cho phép của tôi sẽ chấm dứt sau một năm kể từ ngày ghi bên dưới, trừ trường hợp được luật pháp cho phép. Ví dụ, luật pháp cho phép DMHC tiếp tục sử dụng thông tin của tôi trong nội bộ. Tôi có thể chấm dứt cho phép của mình sớm hơn nếu muốn. Tất cả thông tin tôi đã cung cấp trong phiếu này là đúng sự thật.

Chữ Ký của Hội Viên, Người Giám Hộ Hợp Pháp hoặc Phụ Huynh: _____ Ngày: _____

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm y tế của mình, trước tiên quý vị cần gọi điện cho chương trình bảo hiểm y tế của mình theo số 1-855-388-6257, TTY/TDD 711 đối với Quận Los Angeles hoặc 1-833-479-1984, TTY/TDD 711 đối với Quận Sacramento, và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm y tế của quý vị trước khi liên hệ với sở. Việc sử dụng quy trình khiếu nại này không ngăn cấm bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp khắc phục tiềm năng nào mà quý vị có thể có. Nếu quý vị cần trợ giúp về khiếu nại liên quan đến trường hợp cấp cứu, khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm y tế của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc khiếu nại vẫn chưa được giải quyết trong hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi đến sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện nhận Đánh Giá Y Tế Độc Lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện nhận IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp đánh giá khách quan về các quyết định y tế do một chương trình bảo hiểm y tế đưa ra liên quan đến tính cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, các quyết định đài thọ cho các phương pháp điều trị mang tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp thanh toán cho các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn cước (1-888-466-2219) và đường dây TDD (1-877-688-9891) dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web internet của sở www.dmhc.ca.gov có các biểu mẫu than phiền, biểu mẫu đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Mô Tả Sự Vụ và Khiếu Nại của Quý Vị (đính kèm thêm các trang, nếu cần)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(Đính kèm thêm các phiếu nếu cần)

Biểu Mẫu Người Hỗ Trợ Được Ủy Quyền

Nếu quý vị muốn cấp quyền cho người khác hỗ trợ quý vị giải quyết khiếu nại, hãy hoàn thành các Phần A và B bên dưới.

Nếu quý vị là phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp gửi đơn khiếu nại này cho trẻ dưới 18 tuổi, quý vị không cần hoàn thành biểu mẫu này.

Nếu quý vị đang nộp đơn khiếu nại này cho một người ghi danh không thể hoàn thành biểu mẫu này do người ghi danh đó không đủ năng lực hoặc mất khả năng hoạt động, và quý vị có thẩm quyền pháp lý để hành động thay mặt cho người ghi danh này, vui lòng chỉ hoàn thành Phần B. Ngoài ra, hãy đính kèm một bản sao giấy ủy quyền đối với các quyết định chăm sóc sức khỏe hoặc giấy tờ khác nêu rõ rằng quý vị có thể đưa ra quyết định cho người ghi danh.

Phần A: Hội Viên

Tôi cho phép người có tên như trong Phần B bên dưới hỗ trợ tôi trong đơn khiếu nại đã nộp với DMHC. Tôi cho phép nhân viên của DMHC chia sẻ thông tin về (các) bệnh trạng và việc chăm sóc của tôi cho người có tên bên dưới. Thông tin này có thể bao gồm phương pháp điều trị sức khỏe tâm thần, phương pháp điều trị hoặc xét nghiệm HIV, phương pháp điều trị nghiện rượu bia hoặc ma túy, hoặc thông tin chăm sóc sức khỏe khác.

Tôi hiểu rằng chỉ thông tin liên quan đến khiếu nại của tôi sẽ được chia sẻ.

Phê duyệt của tôi đối với sự hỗ trợ này là tự nguyện và tôi có quyền chấm dứt phê duyệt này. Nếu tôi muốn chấm dứt phê duyệt này, tôi phải làm vậy bằng văn bản.

Tên Hội Viên (viết in hoa): _____

Chữ Ký của Hội Viên: _____ Ngày: _____

Phần B: Người Hỗ Trợ Hội Viên

ITôi cho phép người có tên như trong Phần B bên dưới hỗ trợ tôi trong đơn khiếu nại đã nộp với DMHC. Tôi cho phép nhân viên của DMHC chia sẻ thông tin về (các) bệnh trạng và việc chăm sóc của tôi cho người có tên bên dưới. Thông tin này có thể bao gồm phương pháp điều trị sức khỏe tâm thần, phương pháp điều trị hoặc xét nghiệm HIV, phương pháp điều trị nghiện rượu bia hoặc ma túy, hoặc thông tin chăm sóc sức khỏe khác.

Tên của Người Hỗ Trợ (viết in hoa): _____

Chữ Ký của Người Hỗ Trợ: _____

Địa Chỉ Đường/Phố: _____

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Zip: _____

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân: _____

Số Điện Thoại Ban Ngày: _____

Số Điện Thoại Buổi Tối: _____

Địa Chỉ Email: _____

□ Giấy ủy quyền của tôi cho quyết định chăm sóc sức khỏe hoặc các giấy tờ pháp lý khác được đính kèm. (đánh dấu nếu áp dụng)

Phiếu Hướng Dẫn Biểu Mẫu Khiếu Nại/Than Phiền

Nếu quý vị có thắc mắc, hãy gọi cho Trung Tâm Trợ Giúp theo số 1-888-466-2219, người dùng TDD gọi số 1-877-688-9891. Cuộc gọi này là miễn phí.

Cách Nộp Đơn:

1. Nộp đơn trực tuyến tại địa chỉ www.dmhc.ca.gov (Đây là cách nhanh nhất).

   HOẶC

   Điền và ký vào Biểu Mẫu Khiếu Nại về Việc Hủy Bỏ Khoản Đài Thọ Chăm Sóc Sức Khỏe.

2. INếu quý vị muốn có người trợ giúp quý vị về khiếu nại, hãy hoàn thành Biểu Mẫu Người Hỗ Trợ Được Ủy Quyền.

3. Gửi kèm các tài liệu bắt buộc trong Biểu Mẫu Khiếu Nại về Việc Hủy Bỏ Khoản Đài Thọ Chăm Sóc Sức Khỏe, chẳng hạn như thông báo từ chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, bảng kê lập hóa đơn và bằng chứng thanh toán.
4. Nếu quý vị không gửi trực tuyến, vui lòng gửi biểu mẫu của quý vị và bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào qua đường bưu điện hoặc fax đến:

   Department of Managed Health Care Help Center
   980 9th Street, Suite 500
   Sacramento, CA 95814-2725
   Fax: 916-255-5241

Điều Gì Sẽ Xảy Ra Tiếp Theo?

Trung Tâm Trợ Giúp sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho quý vị biết khiếu nại của quý vị có được chấp nhận hay không. Nếu khiếu nại của quý vị được chấp nhận, quyết định về vấn đề của quý vị sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày. Quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản về quyết định.

Thông Báo Này là Bắt Buộc theo Luật Pháp

THÔNG BÁO THEO ĐẠO LUẬT THÔNG LỆ VỀ THÔNG TIN NĂM 1977

Đạo Luật Thông Lệ về Thông Tin năm 1977 (phần 1798.17 Bộ Luật Dân Sự California) yêu cầu thông báo sau đây.

- Đạo Luật Knox-Keene của California trao cho DMHC thẩm quyền quản lý các chương trình bảo hiểm y tế và điều tra khiếu nại của các hội viên chương trình bảo hiểm y tế.
- Trung Tâm Trợ Giúp của DMHC sử dụng thông tin cá nhân của quý vị để điều tra vấn đề của quý vị với chương trình bảo hiểm y tế.
- Quý vị cung cấp thông tin này cho DMHC một cách tự nguyện. Quý vị không bắt buộc phải cung cấp thông tin này. Tuy nhiên, nếu quý vị không cung cấp, DMHC có thể không điều tra được khiếu nại của quý vị.
- DMHC có thể chia sẻ thông tin cá nhân của quý vị, nếu cần, với chương trình và nhà cung cấp dịch vụ để điều tra khiếu nại của quý vị.
- DMHC cũng có thể chia sẻ thông tin của quý vị với các cơ quan chính phủ khác theo yêu cầu hoặc sự cho phép của luật pháp.
- Quý vị có quyền xem thông tin cá nhân của mình. Để làm điều này, hãy liên hệ với Điều Phối Viên Yêu Cầu Hồ Sơ của DMHC, DMHC, Văn Phòng Dịch Vụ Pháp Lý, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725 hoặc gọi số 916-322-6727.