

Community Health Plan of Washington

QUY TRÌNH KHIẾU NẠI VÀ KHÁNG CÁO

Tôi phải gọi điện cho ai để được giúp đỡ về chương trình bảo hiểm y tế của tôi?

Nếu quý vị cần giúp đỡ, xin gọi số 1-800-440-1561, hoặc nếu dùng TTD/TTY, xin gọi số 711. Chúng tôi sẽ bảo mật thông tin của quý vị. Nếu quý vị không nói được tiếng Anh, chúng tôi có thể trợ giúp. Nếu quý vị cần bất kỳ thông tin nào bằng ngôn ngữ khác với tiếng Anh, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-877-644-4613 (TDD/TTY: 1-866-862-9380). Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ hoàn toàn miễn phí cho quý vị.

Để nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo,
vui lòng liên hệ:

Community Health Plan of Washington
Attention: Appeals
Address: 1111 3rd Ave Ste. 400
City/State/Zip: Seattle, WA 98101

Trang web: www.chpw.org
Điện thoại: 1-800-440-1561
Fax: 206-613-8984
Email: CustomerCare@chpw.org

QUY TRÌNH KHIẾU NẠI: Làm thế nào để gửi khiếu nại?

Quý vị hoặc đại diện được ủy quyền của quý vị có quyền nộp đơn khiếu kiện. Đây được gọi là khiếu nại. Chúng tôi sẽ giúp quý vị gửi đơn khiếu nại. Khiếu nại là phàn nàn về:

- Cách quý vị được điều trị, đối xử,
- Chất lượng dịch vụ hoặc chăm sóc quý vị nhận được,
- Vấn đề khi nhận dịch vụ chăm sóc,
- Các vấn đề về thanh toán,
- Thái độ và Dịch vụ.

Nếu quý vị cần giúp nộp đơn khiếu nại, xin gọi số 1-800-440-1561. Hoặc gọi số 711 đối với các trường hợp TTD/TTY. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết rằng chúng tôi đã nhận được khiếu nại của quý vị trong vòng hai ngày làm việc. Chúng tôi sẽ cố hết sức để xử lý khiếu nại của quý vị ngay. Chúng tôi sẽ điều tra và xử lý khiếu nại của quý vị trong vòng 45 ngày theo lịch và thông báo cho quý vị biết kết quả. Quý vị có quyền kháng cáo một quyết định bất lợi (nếu có) của chúng tôi.

Nếu quý vị là khách hàng cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, Nhân viên thanh tra chính là người có thể giúp quý vị giải đáp thắc mắc và nộp đơn khiếu nại. Nếu quý vị cần biết thông tin về cách liên hệ với Nhân viên thanh tra tại địa phương, xin gọi số 1-800-440-1561 hoặc truy cập <https://www.chpw.org/find-health-plan/apple-health-plan/our-regions/>.

QUY TRÌNH KHÁNG CÁO TIÊU CHUẨN VÀ KHÁNG CÁO CẤP TỐC: Nếu yêu cầu duyệt xét một dịch vụ bị từ chối, tôi phải làm như thế nào?

Kháng cáo tức là yêu cầu duyệt xét một giấy giới thiệu hoặc dịch vụ bị từ chối. Quý vị có thể kháng cáo lại quyết định của chúng tôi nếu một dịch vụ nào đó bị từ chối, cắt giảm hoặc chấm dứt sớm.

Dưới đây là các bước trong quy trình kháng cáo:

BƯỚC 1: Quy trình Kháng cáo Tiêu chuẩn và Kháng cáo Cấp tốc của Community Health Plan of Washington

BƯỚC 2: Mở Phiên điều trần Hành chính cấp Tiểu bang

BƯỚC 3: Duyệt xét Độc lập

BƯỚC 4: Ban Thẩm phán Duyệt xét Kháng cáo (Board of Appeals Review Judge) của Cơ quan Chăm sóc Sức khỏe (Health Care Authority, HCA)

Community Health Plan of Washington

QUY TRÌNH KHIẾU NẠI VÀ KHÁNG CÁO

Tiếp tục Dịch vụ trong Quá trình Kháng cáo

Nếu quý vị vẫn muốn nhận các dịch vụ đã được phê duyệt từ trước trong khi chúng tôi đang xem xét khiếu nại của quý vị, quý vị phải nộp đơn kháng cáo trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư từ chối. Nếu quyết định chính thức trong quy trình kháng cáo giống với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể phải thanh toán các dịch vụ quý vị đã nhận trong quá trình kháng cáo.

BƯỚC 1 – Quy trình Kháng cáo Tiêu chuẩn và Kháng cáo Cấp tốc của Community Health Plan of Washington: Nếu muốn kháng cáo, tôi phải làm như thế nào?

Quý vị hoặc đại diện được ủy quyền của quý vị có quyền nộp đơn kháng cáo. Quý vị hoặc đại diện được ủy quyền của quý vị có thời gian là 60 ngày theo lịch sau ngày ghi trên thư từ chối của Community Health Plan of Washington để yêu cầu kháng cáo. Quý vị hoặc đại diện của quý vị có thể yêu cầu kháng cáo qua điện thoại, đến trực tiếp hoặc gửi thư. Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo qua điện thoại, quý vị cũng phải gửi thư kháng cáo có chữ ký của quý vị cho chúng tôi. Quý vị có quyền và cơ hội để gửi nhận xét bằng văn bản, tài liệu hoặc thông tin bổ sung khác liên quan đến kháng cáo. Quý vị có thể nộp thông tin bổ sung (bao gồm nhận xét và/hoặc tài liệu) để biện hộ cho kháng cáo của mình qua điện thoại, thư hoặc đến nộp trực tiếp. Trong vòng năm ngày theo lịch, chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị biết rằng chúng tôi đã nhận được kháng cáo tiêu chuẩn hoặc 72 giờ đối với kháng cáo cấp tốc. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị và/hoặc đại diện được ủy quyền của quý vị nếu có sự chậm trễ và giải quyết kháng cáo nhanh chóng theo nhu cầu sức khỏe của quý vị. Community Health Plan of Washington có thể giúp quý vị nộp đơn kháng cáo. Nếu quý vị cần được giúp nộp đơn kháng cáo, xin gọi số 1-800-440-1561.

BƯỚC 1: Yêu cầu kháng cáo lên Community Health Plan of Washington

Điện thoại: 1-800-440-1561

Fax: 206-613-8984

Địa chỉ: 1111 3rd Ave Ste 400, Seattle, WA 98101

Quý vị có quyền nhận được hỗ trợ từ Nhân viên thanh tra để nộp kháng cáo. Quý vị có thể chọn một người nào đó, gồm luật sư hoặc nhà cung cấp dịch vụ, đại diện cho quý vị và thực hiện thủ tục thay mặt quý vị. Quý vị phải ký tên vào mẫu chấp thuận cho phép người này đại diện cho quý vị. Community Health Plan of Washington không bao trả bất kỳ khoản phí hay khoản thanh toán nào cho người đại diện của quý vị. Trách nhiệm chi trả thuộc về quý vị.

Trước hoặc trong quá trình kháng cáo, quý vị hoặc người đại diện cho quý vị có thể xin bản sao tất cả các tài liệu trong hồ sơ kháng cáo này, cũng như các hướng dẫn hoặc các quy định về quyền lợi đã được chúng tôi dùng để đưa ra quyết định. Quý vị sẽ được nhận những tài liệu này miễn phí. Community Health Plan of Washington sẽ gửi cho quý vị thư quyết định trong vòng 14 ngày theo lịch, trừ khi chúng tôi báo cần thêm thời gian. Thời gian duyệt xét sẽ không quá 28 ngày theo lịch. Chúng tôi sẽ bảo mật kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ muốn chúng tôi quyết định nhanh do sức khỏe của quý vị đang trong tình trạng nguy hiểm, xin gọi số 1-800-440-1561 để được duyệt xét nhanh (gọi là duyệt xét “cấp tốc”) dịch vụ bị từ chối. Quý vị có thể yêu cầu duyệt xét nhanh nếu tình trạng sức khỏe thể chất hoặc tâm thần của quý vị đang nghiêm trọng hoặc quý vị cần phải xin ủy quyền dùng một loại thuốc điều trị bệnh tâm thần. Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo cấp tốc bằng cách gửi thư hoặc trình bày bằng lời. Nếu trình bày bằng lời thì sau đó quý vị không phải gửi thư nữa. Community Health Plan of Washington sẽ liên lạc với quý vị để cho quý vị biết quyết định trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu duyệt xét cấp tốc của quý vị.

Community Health Plan of Washington QUY TRÌNH KHIẾU NẠI VÀ KHÁNG CÁO

Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo cấp tốc, nhưng Community Health Plan of Washington thấy rằng sức khỏe của quý vị không gặp tình trạng nguy hiểm, chúng tôi sẽ tuân theo khung thời gian kháng cáo thông thường. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư ghi rõ quyết định của chúng tôi và lý do thay đổi trong vòng hai ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.

Khung thời gian giải quyết cấp tốc có thể gia hạn tới 14 ngày theo lịch nếu chúng tôi cần thêm thông tin để xử lý kháng cáo của quý vị, và sự việc trì hoãn này có lợi nhất đối với quý vị. Nếu Community Health Plan of Washington cần gia hạn khung thời gian, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư trong vòng hai ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết lý do tại sao chúng tôi cần gia hạn thời gian. Quý vị cũng có thể yêu cầu được gia hạn thời gian.

BƯỚC 2 – Mở Phiên điều trần Hành chính cấp Tiểu bang: Nếu yêu cầu được duyệt xét pháp lý, tôi phải làm như thế nào?

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định về kháng cáo của Community Health Plan of Washington, quý vị có thể yêu cầu mở Phiên điều trần Hành chính cấp Tiểu bang. Quý vị phải hoàn thành quy trình kháng cáo của Community Health Plan of Washington mới có thể yêu cầu mở phiên điều trần. Quý vị phải yêu cầu mở phiên điều trần trong vòng 120 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư quyết định về kháng cáo cho biết giữ nguyên quyết định từ chối. Khi quý vị yêu cầu mở phiên điều trần, quý vị cần nói rõ dịch vụ nào đã bị từ chối, thời gian và lý do bị từ chối. Nhà cung cấp dịch vụ của quý vị không được yêu cầu mở phiên điều trần thay mặt cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu đưa ra quyết định nhanh nếu sức khỏe của quý vị đang trong tình trạng nguy hiểm.

BƯỚC 2: Yêu cầu mở Phiên điều trần Hành chính cấp Tiểu bang

Liên hệ với Office of Administrative Hearings (OAH)

Điện thoại: 1-800-583-8271

Địa chỉ: P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489

Quý vị có thể tham khảo ý kiến của luật sư hoặc ủy quyền một người khác đại diện cho quý vị tại phiên điều trần. Nếu quý vị cần được hỗ trợ tìm luật sư, vui lòng liên hệ đến Văn phòng Dịch vụ Pháp lý gần nhất hoặc gọi tới đường dây CLEAR của NW Justice theo số 1-888-201-1014 hoặc truy cập trang web của cơ quan này tại địa chỉ www.nwjustice.org.

Quý vị có thể yêu cầu đưa ra quyết định nhanh nếu sức khỏe của quý vị đang trong tình trạng nguy hiểm. Thẩm phán sẽ đưa ra quyết định trong vòng bốn ngày làm việc sau khi nhận được yêu cầu. Nếu thẩm phán quyết định rằng sức khỏe của quý vị không gặp phải tình trạng nguy hiểm, OAH sẽ gọi cho quý vị và gửi cho quý vị một lá thư trong vòng bốn ngày làm việc kể từ ngày yêu cầu. Phiên điều trần về trường hợp của quý vị sẽ đổi sang khung thời gian tiêu chuẩn.

BƯỚC 3 – Duyệt xét Độc lập: Nếu yêu cầu được Duyệt xét Độc lập, tôi phải làm như thế nào?

Duyệt xét Độc lập tức là công tác duyệt xét do một bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa không làm việc cho Community Health Plan of Washington thực hiện. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định từ Phiên điều trần Hành chính cấp Tiểu bang, quý vị có thể yêu cầu được Duyệt xét Độc lập trong vòng 21 ngày theo lịch kể từ ngày có quyết định từ phiên điều trần hoặc quý vị có thể chuyển thẳng đến Bước 4. Gọi số 1-800-440-1561 để được trợ giúp. Quý vị có thể yêu cầu đưa ra quyết định nhanh nếu sức khỏe của quý vị đang trong tình trạng nguy hiểm. Nếu quý vị muốn bổ sung thông tin để chúng tôi xem xét, quý vị phải gửi những thông tin đó trong vòng năm ngày làm việc sau khi yêu cầu được Duyệt xét Độc lập. Nếu quý vị yêu cầu hình thức duyệt xét này, trường hợp của quý vị sẽ

Community Health Plan of Washington QUY TRÌNH KHIẾU NẠI VÀ KHÁNG CÁO

được gửi tới Tổ chức Duyệt xét Độc lập (Independent Review Organization, IRO) trong vòng ba ngày làm việc. Quý vị không phải trả tiền khi yêu cầu hình thức duyệt xét này. Community Health Plan of Washington sẽ thông báo cho quý vị quyết định.

BƯỚC 3: Yêu cầu được Duyệt xét Độc lập

Hãy liên hệ với Community Health Plan of Washington

Điện thoại: 1-800-440-1561

Fax: 206-613-8984

Địa chỉ: 1111 3rd Ave. Ste 400, Seattle, WA 98101

BƯỚC 4 – Ban Duyệt xét Kháng cáo của Cơ quan Chăm sóc Sức khỏe (HCA): Nếu yêu cầu được duyệt xét pháp lý một lần nữa, tôi phải làm như thế nào?

Quý vị có thể yêu cầu Ban Thẩm phán Duyệt xét Kháng cáo của HCA duyệt xét lần cuối trường hợp của quý vị. Quý vị phải yêu cầu hình thức này trong vòng 21 ngày theo lịch sau khi quyết định của IRO được gửi đi qua đường bưu điện. Quyết định của Ban Duyệt xét Kháng cáo của HCA là quyết định cuối cùng.

BƯỚC 4: Yêu cầu Ban Duyệt xét Kháng cáo của HCA tiến hành duyệt xét

Điện thoại: (360) 725-0910; Miễn cước: (844) 728-5212

Fax: (360) 507-9018

Địa chỉ: P.O. Box 42700, Olympia, WA 98504-2700

THÔNG TIN KHÁC

Dịch vụ được lập hóa đơn: Nếu quý vị nhận được hóa đơn yêu cầu thanh toán các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, xin gọi số 1-800-440-1561.

Ý kiến Thứ hai: Quý vị có thể xin ý kiến thứ hai về dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc tình trạng của quý vị bất cứ lúc nào. Xin gọi số 1-800-440-1561 để biết cách xin ý kiến thứ hai.

Trẻ em dưới 21 tuổi: Quyền lợi chương trình Sàng lọc, Chẩn đoán và Điều trị Sớm và Định kỳ (EPSDT) cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và toàn diện cho trẻ dưới 21 tuổi được Medicaid bao trả. MCO phải cung cấp thêm mọi dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể được bao trả theo chương trình Medicaid của Liên bang và được xác định là cần thiết về mặt y tế để điều trị, khắc phục hoặc làm thuyên giảm các chứng bệnh và tình trạng được phát hiện. Khi bị từ chối một dịch vụ được bao trả, cần thiết về mặt y tế, thành viên sẽ có quyền được kháng cáo. Đối với trẻ dưới 21 tuổi, quy trình Trường hợp Ngoại lệ (ETR) sẽ không áp dụng.

Quyền lợi Không được Bao trả

Trường hợp Ngoại lệ: Quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể yêu cầu Community Health Plan of Washington phê duyệt một dịch vụ không phải là quyền lợi được bao trả. Đối với người lớn, đây được gọi là Trường hợp Ngoại lệ (ETR).

- Quý vị phải xin hưởng trường hợp ngoại lệ trước khi nhận dịch vụ.
- Để được phê duyệt, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải gửi cho chúng tôi tài liệu chứng minh tình trạng của quý vị rất khác so với hầu hết mọi người.
- Không có dịch vụ nào khác ít tốn kém, được bao trả đáp ứng được nhu cầu của quý vị.

Community Health Plan of Washington QUY TRÌNH KHIẾU NẠI VÀ KHÁNG CÁO

- Yêu cầu này phải đáp ứng các quy định trong Đạo luật Hành chính của Washington (WAC) 182-501-0160 mới được phê duyệt.

Các quyết định về ETR được coi là quyết định cuối cùng và không thể kháng cáo.

Kháng cáo: Quý vị có thể yêu cầu kháng cáo, mở Phiên điều trần Hành chính cấp Tiểu bang, sau đó xin Duyệt xét Độc lập để đảm bảo chúng tôi xác định chính xác dịch vụ không được bao trả. Quý vị có thể tiến hành kháng cáo cùng thời điểm quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị xin hưởng Trường hợp ngoại lệ.

Quyền lợi có Giới hạn:

Mở rộng Giới hạn: Nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể yêu cầu Community Health Plan of Washington phê duyệt thêm dịch vụ cho quý vị so với gói quyền lợi cho phép. Có thể thêm về phạm vi, số lượng, thời gian hoặc tần suất cung cấp dịch vụ. Ví dụ: xin thêm số lần khám vật lý trị liệu dành cho người lớn so với số lần khám là 12 theo gói quyền lợi. Yêu cầu này được gọi là Mở rộng Giới hạn (LE). Để được phê duyệt, yêu cầu đó phải đáp ứng các quy định trong Đạo luật Hành chính của Washington (WAC) 182-501-0169:

- Quý vị phải yêu cầu trước khi nhận thêm dịch vụ.
- Tình trạng của quý vị phải tiến triển tốt nhờ vào các dịch vụ quý vị đã nhận.
- Tình trạng của quý vị cũng phải có khả năng sẽ tiến triển tốt khi sử dụng thêm dịch vụ và có khả năng sẽ trở nặng khi không tiếp tục dịch vụ.

Quý vị có thể tiến hành kháng cáo cùng thời điểm nhà cung cấp dịch vụ của quý vị xin Mở rộng Giới hạn.

Tiền trợ cấp cho một số dịch vụ bị giới hạn theo số tiền có sẵn: Nếu quý vị nhận các dịch vụ do Medicaid chi trả, quý vị sẽ có quyền kháng cáo quyết định dừng hoặc hạn chế các dịch vụ này. Một số dịch vụ được chi trả qua tiền trợ cấp cả gói của Liên bang hoặc chỉ Tiểu bang. Nếu hết tiền trợ cấp cả gói hoặc tiền trợ cấp của Chỉ Tiểu bang, chúng tôi không thể phê duyệt dịch vụ cho quý vị ngay cả khi chúng tôi nhất trí rằng quý vị cần các dịch vụ đó. Quý vị sẽ không được kháng cáo nếu dịch vụ kết thúc là do hết tiền trợ cấp cả gói hoặc tiền trợ cấp của Chỉ Tiểu bang. Quý vị sẽ nhận được thông báo nếu tình trạng này áp dụng đối với quý vị.



Thông báo Không Phân biệt đối xử

Community Health Plan of Washington tuân thủ các luật về dân quyền hiện hành của Liên Bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. Community Health Plan of Washington không loại trừ mọi người hoặc đối xử khác biệt với họ vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.

Theo luật pháp Washington, mọi người có quyền không bị phân biệt đối xử vì chủng tộc, tín ngưỡng, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tình trạng cựu chiến binh giải ngũ danh dự hoặc tình trạng quân nhân, khuynh hướng tình dục hoặc có bất kỳ khuyết tật nào về giác quan, tâm thần hoặc thể chất hoặc việc người mắc khuyết tật sử dụng chó được huấn luyện hoặc động vật phục vụ.

Community Health Plan of Washington:

- Cung cấp hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho những người khuyết tật để họ có thể giao tiếp với chúng tôi dễ dàng, như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
 - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (chữ in lớn, băng ghi âm, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Cung cấp dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải tiếng Anh, như:
 - Thông dịch viên đủ trình độ
 - Thông tin bằng văn bản dưới dạng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, vui lòng liên hệ với Ban Khiếu nại và Kháng cáo

Nếu quý vị cho rằng Community Health Plan of Washington đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo một cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại đến: Appeals and Grievances Department, qua đường bưu điện theo địa chỉ 1111 3rd Avenue, Suite 400, Seattle WA 98101, qua điện thoại theo số 1-800-440-1561 (Dịch vụ Tiếp âm TTY: Quay số 711), từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu, qua fax theo số 206-613-8984 hoặc qua email theo địa chỉ appealsgrievances@chpw.org. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp, qua thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp nộp đơn khiếu nại, Ban Khiếu nại và Kháng cáo luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị. Quý vị có thể gửi khiếu nại về dân quyền đến Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services), Văn phòng Dân quyền (Office for Civil Rights), theo hình thức điện tử thông qua Cổng Thông tin Khiếu nại của Văn phòng Dân quyền tại địa chỉ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc gửi qua bưu điện hoặc gọi điện theo số: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Mẫu khiếu nại có sẵn tại <http://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557/translated-resources>.

Nếu quý vị cần điều chỉnh hoặc cần tài liệu ở định dạng hoặc ngôn ngữ khác, vui lòng gọi đến số 1-800-440-1561 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu.