

BẢO MẬT
Tài liệu đính kèm C



CalOptima PACE
13300 Garden Grove Blvd.
Garden Grove, CA 92843
1-714-468-1100
Đường dây miễn phí: 1-855-785-2584
TDD/TTY: 1-714-468-1063

Đơn Khiếu Nại để được Xét Duyệt Lại khi Bị Từ Chối

Hướng dẫn dành cho Tham dự viên: Xin quý vị hoàn tất mẫu đơn này để yêu cầu được khiếu nại quyết định của chúng tôi trong việc từ chối, trì hoãn, hoặc thay đổi một dịch vụ hoặc tiền chi trả cho một dịch vụ mà quý vị hoặc người đại diện của quý vị đã yêu cầu. Xin quý vị gửi mẫu đơn đã hoàn tất đến địa chỉ dưới đây. Một nhóm xét duyệt viên độc lập bên ngoài không tham dự vào quá trình quyết định ban đầu sẽ xem xét khiếu nại của quý vị.

Ngày: _____

Gửi đến: **Quality Assurance Department**

CalOptima PACE

13300 Garden Grove Blvd.

Garden Grove, CA 92843

Gửi từ: _____

Tên của Tham dự viên/ Người đại diện của Tham dự viên/ Nhà cung cấp dịch vụ [Xin viết hoa]

Địa chỉ & Số điện thoại của Người được xác định danh tánh ở trên

Đại diện cho: _____

Xin viết hoa Tên của Tham dự viên [nếu người nộp đơn không phải là tham dự viên]

Là **tham dự viên/ người đại diện/ nhà cung cấp dịch vụ** (xin khoanh tròn vào một lựa chọn) của **CalOptima PACE**, tôi xin khiếu nại việc từ chối, trì hoãn, hoặc thay đổi (những) dịch vụ hoặc tiền chi trả cho dịch vụ sau đây:

Tôi muốn khiếu nại việc từ chối, trì hoãn, hoặc thay đổi (những) dịch vụ hoặc tiền chi trả cho (những) dịch vụ ở trên vì những lý do sau đây: *(ví dụ, giải thích tại sao quý vị nên nhận được dịch vụ và dịch vụ này giúp ích cho quý vị như thế nào hoặc tại sao chúng tôi nên chi trả cho dịch vụ này).*

Nếu tôi tiếp tục sử dụng dịch vụ được khiếu nại ở trên cho đến khi quá trình khiếu nại hoàn tất, tôi hiểu rõ rằng tôi có thể phải chịu trách nhiệm về tài chính đối với tiền chi trả cho dịch vụ được khiếu nại ở trên nếu quyết định KHÔNG đòi thọ hoặc cắt giảm các dịch vụ được duy trì hoặc không theo ý muốn của tôi.

Tôi yêu cầu **CalOptima PACE** tiếp tục cung cấp cho tôi dịch vụ được khiếu nại ở trên trong quá trình khiếu nại: (Xin đánh dấu vào ô trống) Có___ Không___

Xin lưu ý: Nếu quý vị cần thêm chỗ để điền, quý vị có thể đính kèm thêm giấy

Chỉ Dành Cho Nhân Viên Nội Bộ:

Receipt and Acknowledgement of Appeal:

- Appeal for Reconsideration of Denial Letter received by the **Quality Assurance Department**: Date: _____
 - CalOptima PACE Staff** Receipt of Appeal for Reconsideration of Denial Letter documented into Appeal Log (day received): Date: _____
 - CalOptima PACE Medical Director** notified of the appeal concerning disputed health care services or urgent appeal: Date: _____
 - CalOptima PACE Program Director** notified of the appeal concerning coverage decisions or payment decisions. Date: _____
 - Quality Assurance Department** sent a written acknowledgment of *standard* appeal to participant (within 5 days): Date Sent: _____
-

Thirty calendar days (or more quickly if participant's health condition requires) from the day the appeal was received, either:

- The decision to *reverse* the denial, deferral, modification or refusal to pay for services is made.
 - The **Quality Assurance Department** provides written response to *standard* appeal within 30 calendar days (or sooner if health condition requires). Notice of Appeal Resolution, Attachment 5. Date Sent: _____.
 - The decision to *uphold* the denial, deferral, modification or refusal to pay for services is made.
 - The **Quality Assurance Department** provides written response to standard appeal within 30 calendar days (or sooner if health condition requires) to participant and his/her representative, HPMS, and DHCS-LTCD. Notice of Appeal Decision, Attachment 6. Date Sent: _____
 - The **Quality Assurance Department** or **Social Worker** provides written information to participant and/or his/her representative on external review options for appeal.
-

Expedited Review: If the appeal involves an imminent and serious threat to the health of the participant

- The **Quality Assurance Department** informs participant by telephone or in person of receipt of *expedited* appeal (within one (1) business day) of receipt of the expedited appeal): Date: _____ Time: _____
- The **Quality Assurance Department** provides written response to reverse decision on expedited appeal within 72 hours of receipt of appeal. Notice of Appeal Resolution, Attachment 5. Date Sent: _____ . OR
- The **Quality Assurance Department** provides written response to uphold decision on expedited appeal within 72 calendar days to participant and his/her representative, HPMS, and DHCS-LTCD. Notice of Appeal Decision, Attachment 6. Date Sent: _____
 - The **Quality Assurance Department** provides written information to participant and/or his/her representative on external review options for appeal.

Comments: