

# EYEXAM<sup>SM</sup>

## OF CALIFORNIA

P. O. Box 2756  
Mission Viejo, CA 92690  
1-888-439-3392  
TDD 1-949-364-1289  
www.eyexamofca.com

## MẪU KHIẾU NẠI VÌ HỦY, BỎ BỎ VÀ KHÔNG GIA HẠN

### Thông tin Người Ghi danh

Tên \_\_\_\_\_ Chữ cái đầu Tên đệm \_\_\_\_\_ Họ \_\_\_\_\_

Ngày sinh của Người ghi danh (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_ Giới tính Nam  Nữ  Khác

Tên của Phụ huynh hay Người Giám hộ nếu Làm đơn cho Trẻ Vị Thành niên \_\_\_\_\_

Số nhà và Tên phố \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Điện thoại Ban Ngày \_\_\_\_\_ Điện thoại Ban Đêm: \_\_\_\_\_

Địa chỉ Email \_\_\_\_\_

Tên Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe \_\_\_\_\_ Mã số Thành viên \_\_\_\_\_

Tên Nhóm Y tế (nếu đã ghi danh vào nhóm y tế) \_\_\_\_\_

Chủ lao động \_\_\_\_\_ Không có việc làm

Ngày người ghi danh nhận được thông báo rằng bảo hiểm đã hoặc sẽ kết thúc \_\_\_\_\_

Ngày người ghi danh làm đơn khiếu nại với EYEXAM of California, Inc. (EECA) \_\_\_\_\_

Ngày người ghi danh làm đơn khiếu nại với một tổ chức không phải là Sở, nếu phù hợp \_\_\_\_\_

Vui lòng cung cấp cho EECA những thông tin sau: 1) bản sao (các) thông báo của EYEXAM và (các) thư liên lạc nhận được, nếu có 2) bản sao (các) thư liên lạc mà người ghi danh đã gửi, nếu có 3) bản sao bằng chứng thanh toán cho giai đoạn bảo hiểm cuối cùng đã trả và 4) mẫu cho phép tiết lộ thông tin y tế đã hoàn thành và có chữ ký dưới đây.

Quý vị có muốn một người giúp quý vị với đơn khiếu nại của mình không?  Có  Không

Nếu có, hãy hoàn thành bản "Mẫu Ủy Quyền cho Người Trợ giúp" gửi kèm.

Quý vị có đã làm đơn khiếu nại với EYEXAM of California, Inc. chưa?  Có  Không

Quý vị có muốn yêu cầu thanh toán cho một dịch vụ mà quý vị đã nhận không?  Có  Không

Nếu có, liệt kê (các) ngày nhận dịch vụ, và tên nhà cung cấp:

Quý vị có yêu cầu sự cho phép đối với các dịch vụ trong tương lai không?  Có  Không

Quý vị có cần giúp đỡ với các hoạt động sinh hoạt hàng ngày hay có coi bản thân là người có một tình trạng khuyết tật không?  Có  Không

# MẪU KHIẾU NẠI VÌ HỦY, BÃI BỎ VÀ KHÔNG GIA HẠN

Giải thích ngắn gọn lý do mà quý vị làm đơn khiếu nại.

Chữ ký của Người ghi danh, Người Giám hộ Hợp pháp hay Phụ huynh \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

## Cho phép Tiết lộ Thông tin Y tế

Tôi yêu cầu Department of Managed Health Care (Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý, DMHC) ra quyết định về vấn đề của tôi với EYEXAM. Tôi yêu cầu DMHC xem xét Mẫu Khiếu nại Vì Hủy, Bãi bỏ Và Không Gia hạn của tôi để xác định liệu đơn khiếu nại của tôi có đủ điều kiện cho quy trình xem xét Khiếu nại của Người Tiêu dùng của DMHC hay không. Bằng việc ký tên và đề ngày tháng dưới đây, tôi cho phép các nhà cung cấp của tôi, trước đây và hiện tại, tiết lộ các hồ sơ và thông tin y tế của tôi để xem xét vấn đề này. Các hồ sơ này có thể bao gồm thông tin về y tế, sức khỏe tâm thần, việc lạm dụng chất, HIV, các báo cáo chẩn đoán hình ảnh, và các hồ sơ khác liên quan đến đơn khiếu nại của tôi. Các hồ sơ này cũng có thể có các hồ sơ phi y tế và bất kỳ thông tin nào khác liên quan đến đơn khiếu nại của tôi. Tôi cho phép DMHC xem xét các hồ sơ và thông tin này và gửi chúng cho EYEXAM. Sự cho phép của tôi sẽ kết thúc một năm kể từ ngày đề dưới đây, trừ khi được pháp luật cho phép khác. Ví dụ, luật pháp cho phép DMHC tiếp tục sử dụng thông tin của tôi trong nội bộ. Tôi có thể kết thúc sự cho phép của mình sớm hơn nếu tôi muốn bằng cách gửi một yêu cầu bằng văn bản. Tất cả các thông tin mà tôi cung cấp trong trang này là đúng sự thật.

Chữ ký của Người ghi danh, Người Giám hộ Hợp pháp hay Phụ huynh \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Vui lòng xem trang hướng dẫn gửi kèm để biết thông tin để gửi thư hoặc fax.

## QUYỀN NỘP KHIẾU NẠI VÌ HỦY, BÃI BỎ VÀ KHÔNG GIA HẠN GHI DANH, ĐĂNG KÝ, HAY HỢP ĐỒNG CHƯƠNG TRÌNH

Nếu quý vị cho rằng bảo hiểm sức khỏe của quý vị đã hoặc sẽ bị hủy, bãi bỏ, hay không được gia hạn một cách không chính đáng, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại với Chương trình và/hoặc Department of Managed Health Care (Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý, DMHC hay Sở).

### LỰA CHỌN (1)- QUÝ VỊ CÓ THỂ NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI CHO CHƯƠNG TRÌNH CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với EYEXAM of California, Inc. (EYEXAM hay Chương trình) bằng cách gọi 1-888-439-3392, trực tuyến tại [www.eyexamofca.com](http://www.eyexamofca.com), hay gửi đơn khiếu nại bằng văn bản qua thư, bằng cách dùng mẫu ở trên và gửi thư đến P.O. Box 2756, Mission Viejo, CA 92690. Quý vị cũng có thể muốn nộp đơn khiếu nại của quý vị cho EYEXAM trước tiên nếu quý vị cho rằng việc hủy, bãi bỏ, hay không gia hạn là kết quả của một lỗi. Cần nộp đơn khiếu nại sớm nhất có thể. EYEXAM sẽ giải quyết đơn khiếu nại của quý vị hoặc chuyển sang trạng thái chờ trong vòng ba (3) ngày. Nếu quý vị không nhận được phản hồi từ Chương trình trong vòng ba (3) ngày, hoặc nếu quý vị không hài lòng theo bất kỳ cách nào với câu trả lời của Chương trình, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Sở như được nêu chi tiết trong Lựa chọn 2 dưới đây.

### LỰA CHỌN (2)- QUÝ VỊ CÓ THỂ NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI TRỰC TIẾP CHO DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE (SỞ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CÓ QUẢN LÝ).

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho Sở mà không cần nộp đơn với Chương trình trước tiên hoặc sau khi quý vị nhận được quyết định của Chương trình về đơn khiếu nại của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với DMHC trực tuyến tại trang web: <http://www.dmhc.ca.gov>. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với DMHC bằng cách gửi qua thư đơn khiếu nại của quý vị tới: HELP CENTER DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE, 980 NINTH STREET, SUITE 500, SACRAMENTO, CALIFORNIA 95814-2725. Quý vị có thể liên hệ với DMHC để biết thêm thông tin về việc làm đơn khiếu nại tại: ĐIỆN THOẠI 1-888-466-2219, TDD: 1-877-688-9891, và/hoặc FAX: 1-916-255-5241.

# MẪU ỦY QUYỀN CHO NGƯỜI TRỢ GIÚP

- Nếu quý vị muốn cho phép một người khác để giúp quý vị làm đơn khiếu nại của mình, hãy hoàn thành các Phần A và B dưới đây.
- Nếu quý vị là phụ huynh hay người giám hộ hợp pháp nộp đơn khiếu nại này cho một trẻ em dưới 18 tuổi, quý vị không cần phải hoàn thành mẫu này.
- Nếu quý vị làm đơn khiếu nại này cho một người ghi danh không thể hoàn thành mẫu này vì thành viên đó không có đủ năng lực hay bị mất năng lực, và quý vị có quyền hợp pháp để hành động thay mặt người ghi danh này, vui lòng chỉ hoàn thành Phần B. Ngoài ra, hãy gửi kèm một bản sao giấy ủy quyền đại diện hợp pháp đối với các quyết định về chăm sóc sức khỏe hay các tài liệu khác cho biết quý vị có thể đưa ra quyết định cho người ghi danh.

## PHẦN A: NGƯỜI GHI DANH

Tôi cho phép người có tên dưới đây trong Phần B giúp tôi làm đơn khiếu nại của tôi, nộp cho Department of Managed Health Care (Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý, DMHC). Tôi cho phép nhân viên của DMHC chia sẻ thông tin về (các) tình trạng y khoa và chăm sóc của tôi với người có tên dưới đây. Thông tin này có thể bao gồm điều trị sức khỏe tâm thần, điều trị hay xét nghiệm HIV, điều trị cai nghiện rượu hay ma túy, hoặc các thông tin chăm sóc sức khỏe khác.

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

Sự chấp thuận của tôi về sự giúp đỡ này là tự nguyện và tôi có quyền kết thúc nó. Nếu tôi muốn kết thúc nó, tôi phải đưa ra quyết định bằng văn bản.

Chữ ký của người ghi danh \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

## PHẦN B: NGƯỜI TRỢ GIÚP NGƯỜI GHI DANH

Tên của Người Trợ giúp (viết in hoa) \_\_\_\_\_

Chữ ký của Người Trợ giúp \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Quan hệ với người ghi danh \_\_\_\_\_

Điện thoại Ban Ngày \_\_\_\_\_

Điện thoại Ban Đêm: \_\_\_\_\_

Địa chỉ Email (nếu có) \_\_\_\_\_

- Giấy ủy quyền đại diện hợp pháp đối với các quyết định về chăm sóc sức khỏe hay các tài liệu pháp lý khác của tôi được gửi kèm.

## Trang Hướng dẫn về Mẫu Khiếu nại/Than phiền

Nếu quý vị có thắc mắc về việc hoàn thành mẫu này, vui lòng gọi cho Trung tâm Trợ giúp của Department of Managed Health Care (Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý) theo số 1-888-466-2219 hoặc TDD số 1-877-688-9891. Cuộc gọi miễn phí.

### Cách làm đơn:

- 1) Làm đơn trên trang web của Sở <http://www.dmhc.ca.gov>. Đây là cách nhanh nhất.  
Hoặc  
Điền và ký Mẫu Khiếu nại Vì Hủy, Bãi bỏ Và Không Gia hạn.
- 2) Nếu quý vị muốn một người giúp quý vị với đơn khiếu nại của quý vị, hãy hoàn thành “Mẫu Ủy Quyền cho Người Trợ giúp”.
- 3) Gửi kèm các tài liệu được yêu cầu trên Mẫu Khiếu nại Vì Hủy, Bãi bỏ Và Không Gia hạn, như các thông báo từ chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị, bảng kê hóa đơn, và bằng chứng thanh toán.
- 4) Nếu quý vị không nộp trực tuyến, hãy gửi qua thư hay fax mẫu đơn của quý vị và bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào tới:  
Department of Managed Health Care Help Center  
980 9<sup>th</sup> Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
FAX: 916-255-5241

### Điều gì sẽ Xảy ra Tiếp theo?

Phòng Quan hệ Bệnh nhân sẽ gửi cho quý vị một lá thư để cho quý vị biết liệu đơn khiếu nại của quý vị có được chấp nhận hay không. Nếu đơn khiếu nại của quý vị được chấp nhận, một quyết định về vấn đề của quý vị sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày. Quý vị sẽ được thông báo bằng văn bản về quyết định đó.

Nếu họ xác định rằng đơn khiếu nại của quý vị cần được xem xét thông qua Quy trình Khiếu nại, thì một quyết định về vấn đề của quý vị sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày. Quý vị sẽ được thông báo bằng văn bản về quyết định đó.

Đạo luật Thực hành Thông tin 1977 (Bộ luật Dân sự California Mục 1798.17) yêu cầu phải có thông báo sau.

- Đạo luật Knox-Keene của California cho DMHC thẩm quyền quy định điều chỉnh đối với các chương trình bảo hiểm sức khỏe và điều tra các khiếu nại của các thành viên chương trình bảo hiểm sức khỏe.
- Trung tâm Trợ giúp của DMHC sử dụng thông tin cá nhân của quý vị để điều tra vấn đề với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị.
- Quý vị cung cấp cho DMHC thông tin này một cách tự nguyện. Quý vị không buộc phải cung cấp thông tin này. Tuy nhiên, nếu quý vị không cung cấp, DMHC có thể không điều tra đơn khiếu nại của quý vị được.
- DMHC có thể chia sẻ thông tin cá nhân của quý vị, nếu cần, với Chương trình và các nhà cung cấp của quý vị để giúp điều tra đơn khiếu nại của quý vị.
- DMHC cũng có thể chia sẻ thông tin cá nhân của quý vị với các cơ quan chính quyền khác theo yêu cầu của pháp luật hoặc nếu được pháp luật cho phép.
- Quý vị có quyền xem thông tin cá nhân của quý vị. Để thực hiện điều này, hãy liên hệ DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9<sup>th</sup> Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, hoặc gọi 916-322-6727