

Thông báo Từ chối Bảo hiểm Y tế

{Thay thế Từ chối Bảo hiểm Y tế bằng Từ chối Thanh toán, khi thích hợp}

Ngày:

Mã số thành viên:

Tên:

[Chèn các thông tin nhận dạng khác nếu cần thiết (ví dụ: tên nhà cung cấp, mã số Medicaid của người ghi danh, dịch vụ liên quan đến thông báo, ngày đăng ký dịch vụ)]

Bảo hiểm cho dịch vụ/vật dụng y tế của quý vị đã được {Chèn thuật ngữ thích hợp: **phê duyệt một phần, từ chối**}

Chúng tôi đã {Chèn thuật ngữ thích hợp: *từ chối, phê duyệt một phần, dừng, giảm, tạm ngừng*} {*thanh toán cho*} {*dịch vụ/vật phẩm y tế hoặc thuốc Phần B Medicare hoặc thuốc Medicaid*} được liệt kê dưới đây mà quý vị hoặc bác sĩ [nhà cung cấp] của quý vị đã yêu cầu:

Tại sao bảo hiểm bị {Chèn thuật ngữ thích hợp: **từ chối, phê duyệt một phần, dừng, giảm, tạm ngừng**}?

Chúng tôi {Chèn thuật ngữ thích hợp: *từ chối, phê duyệt một phần, dừng, giảm, tạm ngừng*} {*thanh toán cho*} {*dịch vụ/vật phẩm y tế hoặc thuốc Phần B Medicare hoặc thuốc Medicaid*} nêu trên vì {Cung cấp lý do cụ thể và bao gồm luật Liên bang hoặc Tiểu bang và/hoặc các quy định trong Chứng từ Bảo hiểm để hỗ trợ quyết định}:

Hãy chia sẻ bản sao của quyết định này với bác sĩ [nhà cung cấp] của quý vị và thảo luận về các bước tiếp theo. Nếu bác sĩ [nhà cung cấp] của quý vị đã yêu cầu bảo hiểm thay cho quý vị, chúng tôi đã gửi cho họ một bản sao thông báo từ chối này.

Quý vị có quyền kháng nghị quyết định của chúng tôi

Quý vị có quyền yêu cầu {tên chương trình bảo hiểm y tế} xem xét lại quyết định bằng cách gửi yêu cầu kháng nghị trong vòng **65 ngày** kể từ ngày có thông báo này. Nếu yêu cầu kháng nghị sau 65 ngày, quý vị cần cung cấp lý do cho việc kháng nghị trễ. Xem "Cách yêu cầu kháng nghị với {tên chương trình bảo hiểm y tế}" ở trang sau. [Chèn thông tin Medicaid giải thích về cấp độ kháng nghị của chương trình phải được giải quyết trước khi yêu cầu một Phiên Điều trần Công bằng của Tiểu bang hoặc xem xét bên ngoài khác của tiểu bang.]

[Nếu quý vị cần trợ giúp để nhận dịch vụ Medicaid, yêu cầu kháng nghị Medicaid, hoặc muốn yêu cầu thông tin hỗ trợ cho kháng nghị Medicaid của quý vị, vui lòng liên hệ {tên chương trình bảo hiểm y tế} tại {Số điện thoại miễn phí và TTY} {Thời gian hoạt động của chương trình}.]

[Cách duy trì dịch vụ của quý vị trong khi chúng tôi xem xét trường hợp của quý vị: Nếu chúng tôi ngừng hoặc giảm một dịch vụ, quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ trong lúc trường hợp của quý vị đang được xem xét. Để dịch vụ được tiếp tục, quý vị phải yêu cầu kháng nghị trong vòng 10 ngày kể từ ngày nhận thông báo này hoặc trước khi dịch vụ bị ngừng hoặc giảm, tùy theo thời điểm nào muộn hơn. *Bác sĩ [nhà cung cấp] của quý vị phải đồng ý rằng quý vị nên tiếp tục nhận dịch vụ. Quý vị có thể phải thanh toán cho các dịch vụ này nếu quý vị thua kiện trong kháng nghị.*

Nếu quý vị muốn người khác đại diện cho quý vị:

Quý vị có thể chỉ định một người thân, bạn bè, luật sư, bác sĩ [*nhà cung cấp*] hoặc một người khác làm đại diện cho quý vị. Nếu quý vị muốn người khác đại diện cho mình, hãy gọi cho chúng tôi theo số {(các) số điện thoại} để tìm hiểu cách chỉ định đại diện. Người dùng TTY gọi theo số {số điện thoại}.

Thông tin Quan trọng Về Quyền Kháng nghị của Quý vị

Có 2 loại kháng nghị với {tên chương trình bảo hiểm y tế}

Kháng nghị Tiêu chuẩn:

- **Yêu cầu Dịch vụ:** Đối với các dịch vụ mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ cung cấp quyết định bằng văn bản trong vòng {thời gian phù hợp cho dịch vụ y tế/mục vật dụng hoặc thuốc Phần B của Medicare: 30 ngày, 7 ngày} [Chèn khung thời gian cho kháng nghị tiêu chuẩn nội bộ của chương trình Medicaid, nếu khác] sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị. [Chèn cho yêu cầu dịch vụ y tế/mục vật dụng: *Quyết định của chúng tôi có thể mất thêm thời gian nếu quý vị yêu cầu gia hạn, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin về trường hợp của quý vị. Chúng tôi sẽ thông báo nếu chúng tôi cần thêm thời gian và giải thích lý do.*]
- **Yêu cầu Thanh toán:** Đối với các kháng nghị liên quan đến việc thanh toán một {dịch vụ y tế/ mục vật dụng hoặc thuốc Phần B của Medicare} mà quý vị đã nhận, chúng tôi sẽ cung cấp quyết định bằng văn bản trong vòng 60 ngày.

Kháng nghị Nhanh (chỉ áp dụng cho yêu cầu dịch vụ):

- Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định về kháng nghị nhanh trong vòng 72 giờ [Chèn khung thời gian cho kháng nghị nội bộ cấp tốc của Medicaid, nếu khác] sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu kháng nghị nhanh nếu quý vị hoặc bác sĩ [*nhà cung cấp*] của quý vị cho rằng sức khỏe của quý vị có thể bị tổn hại nghiêm trọng nếu phải chờ đợi kháng nghị tiêu chuẩn. Quý vị không thể yêu cầu kháng nghị nhanh nếu yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền quý vị cho một {dịch vụ y tế/mục vật dụng hoặc thuốc Phần B của Medicare} mà quý vị đã nhận.
- Chúng tôi sẽ tự động cấp kháng nghị nhanh nếu một bác sĩ [*nhà cung cấp*] yêu cầu cho quý vị hoặc hỗ trợ yêu cầu của quý vị. Đối với kháng nghị nhanh không có sự hỗ trợ từ bác sĩ [*nhà cung cấp*], chúng tôi sẽ quyết định xem yêu cầu của quý vị có cần kháng nghị nhanh hay không. Nếu chúng tôi không cấp cho quý vị kháng nghị nhanh, chúng tôi sẽ xử lý theo kháng nghị tiêu chuẩn.

Cách yêu cầu kháng nghị với {tên chương trình bảo hiểm y tế}

Bước 1 Quý vị, đại diện của quý vị, hoặc bác sĩ [*nhà cung cấp*] có thể yêu cầu kháng nghị. Yêu cầu {bằng văn bản} của quý vị phải bao gồm:

- Tên của quý vị
- Địa Chỉ
- Mã số Thành viên của Chương trình
- Lý do kháng nghị
- Quý vị muốn kháng nghị tiêu chuẩn hay kháng nghị nhanh (đối với kháng nghị nhanh, hãy giải thích lý do).
- Bất kỳ bằng chứng nào quý vị muốn chúng tôi xem xét, như hồ sơ y tế, tài liệu hỗ trợ từ bác sĩ, hoặc thông tin khác giải thích lý do quý vị cần {*dịch vụ y tế/mục vật dụng hoặc thuốc Phần B của Medicare hoặc thuốc Medicaid*}.

Nếu quý vị yêu cầu kháng nghị và bỏ lỡ thời hạn, quý vị có thể yêu cầu gia hạn và nên nêu lý do cho việc trễ hạn.

Hãy giữ lại bản sao của mọi tài liệu mà quý vị gửi để lưu hồ sơ. [Chèn, nếu phù hợp: *Quý vị có thể yêu cầu xem hồ sơ y tế và các tài liệu khác mà chúng tôi đã sử dụng để đưa ra quyết định trước hoặc trong quá trình kháng nghị. Quý vị cũng có thể yêu cầu một bản sao của các hướng dẫn mà chúng tôi đã sử dụng để đưa ra quyết định, bản sao này miễn phí.*]

Bước 2 Gửi kháng nghị của quý vị qua đường bưu điện, điện thoại, fax hoặc trực tuyến.

Đối với Kháng nghị Tiêu chuẩn:

Địa chỉ Gửi thư:

{Địa chỉ Phân phát thư của Nhà cung cấp dịch vụ:}

{Điện thoại:}

{Người dùng TTY Gọi:}

Số Fax:

{Trực tuyến:}

{Chèn, nếu phù hợp: *Nếu quý vị yêu cầu kháng nghị tiêu chuẩn qua điện thoại, chúng tôi sẽ gửi thư xác nhận những gì quý vị đã thông báo.*}

Đối với Kháng nghị Nhanh: Số điện thoại:

{Người dùng TTY Gọi:}

{Số Fax:}

{Trực tuyến:}

Điều gì xảy ra kế tiếp?

Nếu quý vị yêu cầu kháng nghị và chúng tôi tiếp tục từ chối yêu cầu của quý vị đối với {*thanh toán của*} một {*dịch vụ y tế/mục vật dụng hoặc thuốc Phần B của Medicare hoặc thuốc Medicaid*}, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị cho một nhà đánh giá độc lập. Nếu nhà đánh giá độc lập từ chối yêu cầu của quý vị, quyết định bằng văn bản sẽ giải thích liệu quý vị có quyền kháng nghị bổ sung hay không.

[Chèn quy định bổ sung của Medicaid Tiểu bang, nếu phù hợp.]

Cách yêu cầu Phiên điều trần Công bằng của Medicaid Tiểu bang:

Nếu [tên chương trình bảo hiểm y tế] từ chối yêu cầu kháng nghị của quý vị, quý vị có thể yêu cầu Phiên điều trần Công bằng của Tiểu bang. [Các tiểu bang cũng có thể có ngôn ngữ bổ sung liên quan đến các quy trình xem xét bên ngoài khác.]

Bước 1 Quý vị hoặc đại diện của quý vị phải yêu cầu Phiên điều trần Công bằng của Tiểu bang (bằng văn bản) trong vòng () ngày kể từ ngày nhận thông báo từ chối yêu cầu kháng nghị của quý vị. Quý vị có tối đa () ngày nếu có lý do chính đáng cho việc trễ hạn.

Yêu cầu {*bằng văn bản*} của quý vị phải bao gồm:

- Tên của quý vị
- Địa chỉ
- Mã số thành viên
- Lý do kháng nghị
- Bất kỳ bằng chứng nào quý vị muốn chúng tôi xem xét, chẳng hạn như hồ sơ y tế, thư từ bác sĩ, hoặc thông tin khác giải thích lý do quý vị cần mục vật dụng hoặc dịch vụ. Gọi cho bác sĩ của quý vị nếu quý vị cần thông tin này.

Bước 2 Gửi yêu cầu của quý vị đến:

Địa chỉ:

Số điện thoại:

Số Fax:

[Bản sao của thông báo này đã được gửi đến:]

Nhận trợ giúp & thông tin thêm

- **{Tên Chương trình Bảo hiểm}:**
Người dùng TTY gọi:
{Chèn giờ hoạt động của chương trình} hoặc {trang web của chương trình}
 - **Medicare:** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227. Người dùng TTY gọi: 1-877-486-2048
 - **Trung tâm Quyền lợi Medicare:** 1-888-HMO-9050
 - **Hệ thống Tìm kiếm Chăm sóc Người cao niên:** 1-800-677-1116 hoặc Eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx để tìm sự hỗ trợ trong cộng đồng của quý vị
 - [Thông tin liên lạc của Medicaid/Tiểu bang]
 - {Thông tin liên hệ về các nguồn trợ giúp dành cho người cao niên/người khuyết tật tại tiểu bang hoặc địa phương}
- Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe của Tiểu bang:** gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Sức khỏe của Tiểu bang quý vị để được tư vấn về bảo hiểm sức khỏe cá nhân miễn phí. Truy cập SHIPhelp.org hoặc gọi cho số 1-877-839-2675 để lấy số điện thoại của SHIP địa phương.

{Có thể chèn hướng dẫn về cách người ghi danh có thể nhận thông báo này bằng ngôn ngữ hoặc định dạng khác từ chương trình.}

Nhận thông tin ở định dạng khác

Quý vị có quyền yêu cầu thông tin về Medicare ở một định dạng có thể sử dụng được, ví dụ như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille, hoặc băng ghi âm. Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy mình bị phân biệt đối xử. Truy cập Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice, hoặc gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm thông tin. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Tuyên Bố về Đạo Luật PRA

Theo Đạo Luật Giảm Bớt Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không có người nào buộc phải phản hồi về việc thu thập thông tin trừ khi có số kiểm soát OMB hợp lệ. Mã số kiểm soát OMB hợp lệ cho bản thu thập thông tin này là 0938-0829. Tập hợp thông tin này dành cho thông báo mà các chương trình sức khỏe Medicare phải cung cấp khi yêu cầu về dịch vụ y tế hoặc thanh toán bị từ chối, toàn bộ hoặc một phần. Thời gian cần để hoàn tất việc thu thập thông tin này được ước lượng trung bình là ít hơn 10 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem xét các chỉ dẫn, truy tìm các nguồn tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết để xem xét và hoàn tất qua việc thu thập thông tin. Tập hợp thông tin này là bắt buộc theo Mục 1852(g)(1)(B) của Đạo luật và cơ quan quản lý được quy định trong Tiểu phần M của Phần 422 tại 42 CFR 422.568, 422.572, 417.600(b), và 417.840. Nếu quý vị có các góp ý liên quan tới tính chính xác của (các) ước lượng về thời gian hoặc các đề xuất cải thiện cho biểu mẫu này, vui lòng gửi thư đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.