

Insert Your Logo Here

[Send this notice in all cases where, after considering both Medicare and Medicaid coverage, an MMP denies, or partially denies, a service, item, Part B drug, or Medicaid drug. If an MMP determines that a service, item, Part B drug, or Medicaid drug is covered, for example, under Medicaid but not under Medicare and thus is provided to the member as requested by the member, do NOT send this notice. Under the terms of the three-way contract, such a situation does not constitute a denial or partial denial.]

Quan trọng: Thông báo này giải thích quyền kháng cáo của quý vị đối với quyết định mà chúng tôi đưa ra. Hãy đọc kỹ thông báo này. Nếu quý vị cần trợ giúp, quý vị có thể gọi đến một trong các số điện thoại được liệt kê ở cuối, trong phần “Nhận trợ giúp và xem thêm thông tin”. Quý vị cũng có thể tham khảo Chương 9 của *Cẩm Nang Hội Viên* để biết thông tin về cách thực hiện kháng cáo.

Thông Báo về việc Từ Chối Bảo Hiểm Y Tế

Ngày:

Số Hội Viên:

Tên:

Số tham chiếu:

<Insert other identifying information, as necessary (e.g., provider name, enrollee's Medi-Cal number, service subject to notice, date of service).>

Yêu cầu của quý vị đã bị từ chối

Chúng tôi đã *<từ chối, dừng, cắt giảm, tạm dừng>* thuốc Phần B được quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị yêu cầu, bao gồm thuốc sau:

Tại sao chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị?

Chúng tôi *<từ chối, dừng, cắt giảm, tạm dừng>* thuốc Phần B được liệt kê ở trên vì *<Provide specific rationale for decision and include State or Federal law and/or Evidence of Coverage (Member Handbook) provisions to support decision>*:

< Where the plan has determined that the drug is covered under Medicare Part D, insert the following text: Yêu cầu này đã bị từ chối theo quyền lợi Medicare Phần B của quý vị; tuy nhiên, bảo hiểm/thanh toán cho (các) thuốc được yêu cầu đã được phê duyệt theo Medicare Phần D. <Insert, as applicable, an explanation of the conditions of approval in a readable and understandable format>. Nếu quý vị cho rằng Medicare Phần B nên bao trả loại thuốc này cho quý vị thì quý vị có thể kháng cáo.>

Quý vị nên chia sẻ một bản sao của quyết định này với Bác Sĩ của mình để quý vị và Bác Sĩ có thể thảo luận về các bước tiếp theo. Nếu Bác Sĩ của quý vị đã thay mặt quý vị yêu cầu bảo hiểm thì chúng tôi đã gửi một bản sao của quyết định này cho Bác Sĩ của quý vị.

Quý vị có quyền kháng cáo quyết định của chúng tôi

Quý vị có quyền yêu cầu Chương Trình IEHP DualChoice Cal MediConnect (Chương Trình Medicare-Medicaid) duyệt xét lại quyết định của chúng tôi bằng cách yêu cầu chúng tôi thực hiện Kháng Cáo Cấp 1 (đôi khi được gọi là “kháng cáo nội bộ” hoặc “kháng cáo chương trình”). Trong những trường hợp đặc biệt, quý vị cũng có thể yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (Independent Medical Review, IMR) mà không cần kháng cáo chương trình của chúng tôi trước. Quý vị không thể yêu cầu IMR nếu quý vị đã tiến hành Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang về vấn đề tương tự. Nếu quý vị nhận được IMR và quý vị không hài lòng với kết quả, quý vị vẫn có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Hãy yêu cầu IEHP DualChoice thực hiện Kháng Cáo Cấp 1 trong vòng **60 ngày theo lịch** kể từ ngày thông báo này được ban hành. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian nếu quý vị có lý do chính đáng để không đáp ứng thời hạn. Tham khảo phần có tiêu đề “Cách yêu cầu Kháng Cáo Cấp 1 với IEHP DualChoice” để biết thông tin về cách yêu cầu kháng cáo ở cấp chương trình.

Cách duy trì dịch vụ của quý vị trong khi chúng tôi duyệt xét vụ việc của quý vị: Nếu chúng tôi dừng hoặc cắt giảm một dịch vụ, quý vị có thể tiếp tục nhận được dịch vụ đó trong khi vụ việc của quý vị đang được duyệt xét. **Nếu quý vị muốn tiếp tục nhận dịch vụ, quý vị phải yêu cầu kháng cáo trong vòng 10 ngày theo lịch** kể từ ngày thông báo này được ban hành hoặc trước khi dịch vụ bị dừng hoặc cắt giảm, tùy theo điều kiện nào đến sau.

Nếu quý vị muốn người khác hành động thay quý vị

Quý vị có thể chỉ định một người thân, bạn bè, luật sư, Bác Sĩ hoặc người khác trở thành người đại diện cho quý vị. Nếu quý vị muốn người khác hành động thay mình, hãy gọi cho chúng tôi theo số: 1-877-273-IEHP (4347).

8 giờ sáng - 8 giờ tối (Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ để tìm hiểu cách đặt chỉ định người đại diện của quý vị. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-800-718-4347. Cả quý vị và người quý vị muốn chỉ định hành động thay cho quý vị đều phải ký tên và ghi ngày vào một văn bản cho biết rằng đây là điều quý vị mong muốn. Quý vị sẽ cần phải gửi qua đường bưu điện hoặc fax văn bản này cho chúng tôi. Hãy giữ lại một bản để lưu hồ sơ.

Có 2 loại kháng cáo Cấp 1 với IEHP DualChoice

Kháng Cáo Tiêu Chuẩn – Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản quyết định về kháng cáo tiêu chuẩn trong vòng **7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị. Có thể sẽ cần nhiều thời gian hơn để chúng tôi đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu gia hạn hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin về vụ việc của quý vị. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết nếu chúng tôi cần thêm thời gian và sẽ giải thích lý do tại sao lại cần thêm thời gian. Nếu kháng cáo của quý vị là về việc thanh toán cho thuốc Phần B mà quý vị đã nhận được, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản quyết định trong vòng **60 ngày theo lịch**.

Kháng Cáo Nhanh (Gấp) – Chúng tôi sẽ nhanh chóng đưa ra quyết định về kháng cáo nhanh khi cần thiết theo tình trạng của quý vị và luôn trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu kháng cáo nhanh nếu quý vị hoặc Bác Sĩ của quý vị tin rằng sức khỏe của quý vị có thể bị tổn hại nghiêm trọng do chờ đợi quyết định về kháng cáo tiêu chuẩn.

Chúng tôi sẽ tự động thực hiện kháng cáo nhanh cho quý vị nếu Bác Sĩ yêu cầu kháng cáo nhanh hoặc nếu Bác Sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh mà không có sự ủng hộ của Bác Sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem yêu cầu của quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không. Nếu chúng tôi không thực hiện kháng cáo nhanh cho quý vị thì chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng **7 ngày theo lịch**.

Cách yêu cầu Kháng Cáo Cấp 1 với IEHP DualChoice

Bước 1: Quý vị, người đại diện của quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải yêu cầu kháng cáo trong vòng **60 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được thông báo này.

Văn bản yêu cầu của quý vị phải bao gồm:

- Tên của quý vị
- Địa chỉ
- Số Hội Viên
- Lý do kháng cáo
- Quý vị muốn kháng cáo tiêu chuẩn hay kháng cáo nhanh (nếu kháng cáo nhanh, giải thích lý do tại sao quý vị cần kháng cáo nhanh).
- Bất kỳ bằng chứng nào quý vị muốn chúng tôi duyệt xét, chẳng hạn như hồ sơ y tế, thư của Bác Sĩ (chẳng hạn như văn bản hỗ trợ của Bác Sĩ nếu quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh) hoặc thông tin khác giải thích lý do tại sao quý vị cần thuốc Phần B. Hãy gọi cho Bác Sĩ của quý vị nếu quý vị cần thông tin này.

Chúng tôi khuyên quý vị nên giữ một bản sao của mọi tài liệu mà quý vị gửi cho chúng tôi để lưu hồ sơ.

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 của mình trước hoặc trong quá trình kháng cáo. Quý vị cũng có thể yêu cầu một bản sao các nguyên tắc mà chúng tôi đã sử dụng để đưa ra quyết định của mình mà không phải chi trả bất kỳ khoản phí nào.

Bước 2: Gửi qua đường bưu điện, fax hoặc giao đơn kháng cáo của quý vị hoặc gọi cho chúng tôi.

Đối với Kháng Cáo Tiêu Chuẩn:	Địa Chỉ Gửi Thư:	IEHP DualChoice P.O. Box 1800 Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
	Điện thoại:	1-877-273-IEHP (4347)
	Người Dùng TTY Vui Lòng Gọi:	1-800-718-4347

Fax:

909-890-5748

Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo tiêu chuẩn qua điện thoại, chúng tôi sẽ nhắc lại yêu cầu của quý vị để đảm bảo rằng chúng tôi đã ghi lại yêu cầu đó một cách chính xác. Chúng tôi cũng sẽ gửi cho quý vị một lá thư xác nhận những điều quý vị đã nói với chúng tôi. Thư sẽ cho quý vị biết cách thực hiện bất kỳ sửa đổi nào.

Đối với Kháng Cáo Nhanh: Điện thoại: 1-877-273-IEHP (4347)
Người Dùng TTY Vui Lòng Gọi: 1-800-718-4347
Fax: 909-890-5748

Tiếp theo là gì?

Nếu quý vị yêu cầu Kháng Cáo Cấp 1 và chúng tôi tiếp tục từ chối yêu cầu dịch vụ của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản quyết định.

Nếu dịch vụ ban đầu là một dịch vụ Medicare hoặc một dịch vụ được cả Medicare và Medi-Cal bao trả, chúng tôi sẽ tự động gửi vụ việc của quý vị đến một đơn vị duyệt xét độc lập. Nếu đơn vị duyệt xét độc lập từ chối yêu cầu của quý vị thì văn bản quyết định sẽ giải thích liệu quý vị có quyền kháng cáo bổ sung hay không.

Nếu đó là dịch vụ Medi-Cal, quý vị có thể yêu cầu **Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR)** hoặc một **Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang**. Văn bản quyết định của quý vị sẽ cung cấp hướng dẫn về cách yêu cầu kháng cáo cấp tiếp theo. Thông tin này cũng được đề cập dưới đây.

Cách yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR)

Quý vị có thể yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR) đối với các dịch vụ và vật dụng được Medi-Cal bao trả từ Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California (Sở). Quý vị có thể yêu cầu IMR nếu quý vị không đồng ý với quyết định Kháng Cáo Cấp 1 của IEHP DualChoice hoặc nếu IEHP DualChoice chưa giải quyết Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị sau 30 ngày. Trong những trường hợp đặc biệt, quý vị cũng có thể yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR) mà không cần kháng cáo chương trình của chúng tôi trước.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1 với IEHP DualChoice trước khi yêu cầu IMR; tuy nhiên, quý vị có thể nhận được IMR mà không cần kháng cáo đến IEHP DualChoice trước nếu:

- Đó là một vấn đề khẩn cấp và liên quan đến mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị.
- IEHP DualChoice đã từ chối dịch vụ hoặc phương pháp điều trị Medi-Cal vì nó mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu.

Quý vị không thể yêu cầu IMR nếu quý vị đã tiến hành Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang về vấn đề tương tự. Nếu quý vị nhận được IMR và quý vị không hài lòng với kết quả, quý vị vẫn có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Cách yêu cầu IMR. Điền Mẫu Đơn Khiếu Nại/Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập trực tuyến có sẵn tại www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx hoặc quý vị có thể điền vào đơn đăng ký IMR bản in đính kèm với thông báo này và gửi đến:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814-2725

FAX: 916-255-5241

Nếu quý vị lựa chọn gửi bản in, quý vị có thể đính kèm bản sao của thư hoặc tài liệu khác liên quan đến dịch vụ hoặc vật dụng đã bị từ chối. Nếu vậy, quý vị hãy gửi bản sao của các tài liệu, không gửi bản gốc. Trung Tâm Trợ Giúp của Sở có thể sẽ không gửi trả lại được tất cả các tài liệu gốc.

Quý vị hoặc người đại diện của quý vị phải yêu cầu IMR trong vòng **6 tháng** sau khi chúng tôi gửi cho quý vị văn bản quyết định. Tuy nhiên, Sở có thể gia hạn thời hạn 6 tháng này vì những lý do chính đáng, chẳng hạn như quý vị có bệnh trạng khiến quý vị không thể yêu cầu IMR trong vòng 6 tháng hoặc quý vị không nhận được thông báo đầy đủ về quy trình IMR.

Hãy gọi cho **Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (Department of Managed Health Care, DMHC) của California qua số điện thoại miễn cước 1-888-466-2219** để được trợ giúp miễn phí.

Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu có than phiền đối với chương trình bảo hiểm y tế của mình, trước tiên, quý vị nên gọi điện thoại cho chương trình bảo hiểm y tế của mình theo số **1-877-273-IEHP (4347)** và làm theo quy trình than phiền của chương trình bảo hiểm y tế của mình trước khi liên hệ với sở. Việc sử dụng quy trình than phiền này không ngăn cấm bất kỳ quyền hoặc biện pháp khắc phục hợp pháp nào có thể có dành cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp về than phiền liên quan đến trường hợp khẩn cấp, than phiền chưa được chương trình bảo hiểm y tế của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc than phiền vẫn chưa được giải quyết trong hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi cho sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện để được Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện được IMR, quy trình IMR sẽ xem xét một cách khách quan các quyết định y tế do chương trình bảo hiểm y tế đưa ra, liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, quyết định bao trả 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**) cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web Internet của Sở www.dmhc.ca.gov có các mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Tiếp theo là gì?

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận IMR, DMHC sẽ xem xét vụ việc của quý vị và gửi thư thông báo cho quý vị trong vòng 7 ngày để cho quý vị biết quý vị đủ tiêu chuẩn nhận IMR. Sau khi nhận được đơn đăng ký và các tài liệu hỗ trợ từ chương trình của quý vị, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định IMR trong vòng 45 ngày theo lịch kể từ ngày nộp đơn hoàn chỉnh.

Nếu quý vị gặp trường hợp khẩn cấp và đủ tiêu chuẩn nhận IMR, DMHC sẽ xem xét vụ việc của quý vị và gửi thư thông báo cho quý vị trong vòng 2 ngày theo lịch để quý vị biết mình đủ tiêu chuẩn nhận IMR. Sau khi nhận được đơn đăng ký và các tài liệu hỗ trợ từ chương trình của quý vị, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 3 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định IMR trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ ngày nộp đơn hoàn chỉnh.

IMR có thể mất nhiều thời gian hơn nếu DMHC không nhận được tất cả hồ sơ y tế cần thiết từ quý vị hoặc Bác Sĩ điều trị của quý vị. Nếu đang thăm khám với một Bác Sĩ không thuộc mạng lưới của chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, quý vị phải nhận và gửi cho chúng tôi hồ sơ y tế của quý vị từ Bác Sĩ đó. Chương trình bảo hiểm y tế của quý vị cần nhận được bản sao hồ sơ y tế của quý vị từ các Bác Sĩ trong mạng lưới.

Các Bác Sĩ không thuộc IEHP DualChoice sẽ duyệt xét vụ việc của quý vị. DMHC sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích quyết định. Nếu quyết định IMR ủng hộ quý vị, IEHP DualChoice phải cung cấp dịch vụ hoặc phương pháp điều trị mà quý vị đã yêu cầu. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này, quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang miễn là quý vị chưa tiến hành Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang về vấn đề tương tự.

Nếu quý vị không đủ điều kiện nhận IMR, vấn đề của quý vị sẽ được duyệt xét thông qua quy trình khiếu nại tiêu chuẩn của DMHC. Quý vị sẽ nhận được văn bản thông báo về quyết định trong vòng 30 ngày. Nếu quý vị quyết định không sử dụng quy trình IMR, quý vị có thể từ bỏ quyền theo đuổi hành động pháp lý chống lại IEHP DualChoice đối với dịch vụ hoặc phương pháp điều trị mà quý vị đang yêu cầu theo luật California.

Cách yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang

Nếu đó là dịch vụ hoặc vật dụng được Medi-Cal bao trả, quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Quý vị chỉ có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang sau khi quý vị đã kháng cáo chương trình bảo hiểm y tế của chúng tôi và nhận được văn bản quyết định và quý vị không đồng ý với quyết định đó. Xin lưu ý rằng nếu quý vị đã tiến hành Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, quý vị sẽ không thể yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR).

Bước 1: Quý vị hoặc người đại diện của quý vị phải yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang trong vòng **120 ngày** kể từ ngày chúng tôi thông báo với quý vị rằng quyết định từ chối quyền lợi (quyết định Kháng Cáo Cấp 1) vẫn được giữ nguyên. Điền vào “Mẫu Đơn Nộp Yêu Cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang” được cung cấp cùng với thông báo về quyết định kháng cáo của quý vị. Đảm bảo rằng quý vị điền tất cả các thông tin được yêu cầu.

Bước 2: Gửi mẫu đơn đã điền hoàn chỉnh của quý vị đến:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
FAX: 916-651-5210 hoặc 916-651-2789

Quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang bằng cách gọi 1-800-952-5253 (TTY: 1-800-952-8349). Nếu quý vị quyết định yêu cầu qua điện thoại, quý vị nên biết rằng đường dây điện thoại thường rất bận.

Tiếp theo là gì?

Tiểu Bang sẽ tổ chức một phiên điều trần. Quý vị có thể tham dự phiên điều trần trực tiếp hoặc qua điện thoại. Quý vị sẽ được yêu cầu trình bày với Tiểu Bang lý do quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi. Quý vị có thể nhờ bạn bè, người thân, luật sư biện hộ, nhà cung cấp hoặc luật sư trợ giúp quý vị. Quý vị sẽ nhận được văn bản quyết định giải thích liệu quý vị có quyền kháng cáo bổ sung hay không.

Một bản sao của thông báo này đã được gửi đến: <insert PCP name/requesting Provider name>.

Nhận trợ giúp và xem thêm thông tin

- Gọi cho **IEHP DualChoice** theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-800-718-4347. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của chúng tôi tại www.iehp.org.

- Gọi cho **Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California** theo số 1-888-466-2219 để được trợ giúp miễn phí để hiểu các quyền của quý vị và thông tin về quy trình khiếu nại và Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR).
- Gọi cho **Liên Minh Người Tiêu Dùng Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe** theo số 1-888-804-3536 để được trợ giúp miễn phí về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Gọi cho **Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect** để được trợ giúp miễn phí. Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect giúp những người đã ghi danh tham gia Cal MediConnect giải quyết các vấn đề về dịch vụ hoặc lập hóa đơn. Họ có thể trao đổi với quý vị về cách kháng cáo và những gì dự kiến sẽ xảy ra trong quá trình kháng cáo. Số điện thoại là 1-855-501-3077.
- Gọi cho **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.
- Gọi cho **Trung Tâm Về Quyền Medicare** theo số 1-800-333-4114.
- Gọi cho **Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)** để được trợ giúp miễn phí. HICAP là một tổ chức độc lập. HICAP không liên kết với chương trình này. Số điện thoại là 1-800-434-0222.
- Trao đổi với **Bác Sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác**. Bác Sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác có thể đại diện cho quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo.
- Quý vị cũng có thể tham khảo **Chương 9 của Cẩm Nang Hội Viên** để biết thông tin về cách thực hiện kháng cáo.

Chương Trình IEHP DualChoice Cal MediConnect (Chương Trình Medicare-Medicaid) là chương trình bảo hiểm y tế ký hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi của cả hai chương trình cho những người ghi danh.

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí ở các định dạng khác như định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Hãy gọi 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), 7 ngày một tuần, kể cả ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-800-718-4347. Quý vị được miễn cước cho cuộc gọi này.