

ĐƠN YÊU CẦU KHIẾU NẠI VÀ TIẾN TRÌNH KHIẾU NẠI CỦA BỆNH NHÂN
cho Chương trình UNM Care và Chăm sóc Ngoài Quận
PATIENT APPEAL PROCESS & APPEAL REQUEST FORM
for UNM Care and Out-of-County Care Programs

Quý vị có quyền để khiếu nại khi đơn xin Chương trình UNM Care hay Chăm sóc Ngoài Quận (Out-of-County Care) bị từ chối. Nếu bị từ chối, nhưng quý vị tin rằng mình có các lý do đủ điều kiện nhận UNM Care hay Chăm sóc Ngoài Quận quý vị có thể yêu cầu đơn xin của quý vị được cứu xét lại (hay khiếu nại về quyết định đó). Quý vị phải gửi thư khiếu nại trong 45 ngày kể từ ngày quý vị được xác nhận là không đủ điều kiện.

Vào cuối cuộc hẹn hay sau khi quý vị đã gửi tất cả các tài liệu được yêu cầu, đội Hỗ trợ Tài chính sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị được chấp thuận hay bị từ chối chương trình UNM Care hay Out-of-County Care. Nếu chúng tôi xác định rằng quý vị bị từ chối, quý vị sẽ nhận được thư giải thích lý do cho việc từ chối.

Quý vị có thể khiếu nại hay quý vị không đồng ý với lý do cho việc từ chối. Vài thí dụ bao gồm:

- Quý vị cảm thấy tình trạng của quý vị sẽ dẫn tới nhận các hóa đơn đáng đáng kể trong năm tới đây mà quý vị không thể nào đủ khả năng chi trả, HAY
- Quý vị tin tưởng việc điều trị hay thủ thuật của quý vị là cần thiết về mặt y tế, HAY
- Có một lý do chính đáng rằng quý vị sẽ nhận được những phúc lợi đó mà quý vị cho là chúng tôi đã chưa xem xét lại.

Hướng dẫn và Tiến trình cho Khiếu nại 1

Vui lòng hoàn tất Mẫu đơn Yêu cầu Khiếu nại đính kèm và thu thập bất kỳ thông tin hay các giấy tờ bổ sung nào mà quý vị muốn được duyệt xem lại trong đơn khiếu nại của quý vị. Hãy bảo đảm bao gồm bất kỳ tình huống đặc biệt nào trong đời sống của quý vị khiến quý vị khó có khả năng chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế.

Quý vị phải gửi đơn khiếu nại của quý vị trong vòng 45 ngày từ ngày đơn xin bị từ chối. Quý vị có thể gửi đơn yêu cầu khiếu nại của quý vị và các giấy tờ bổ sung bằng đường bưu điện hay bằng thư điện tử/ email đến:

Representative _____

Albuquerque, NM 87xxx

HAY gửi điện thư tới FinancialAssistance@salud.unm.edu hay tới người đại diện của quý vị

Tất cả các thư khiếu nại được Ủy ban Khiếu nại xem xét. Ủy ban Khiếu nại sẽ xem xét lại đơn yêu cầu khiếu nại và bất cứ các giấy tờ bổ sung nào quý vị đã gửi đến, các hóa đơn y tế của quý vị, tiểu sử bệnh của quý vị, chính sách của Bệnh viện UNM, lý do từ chối, và sau đó đánh giá lại khả năng hội đủ điều kiện của quý vị. Quý vị sẽ được thông báo về việc khiếu nại của quý vị được chấp thuận hay không trong vòng 30 ngày sau khi Bệnh viện UNM nhận thư khiếu nại.

Hướng dẫn và Tiến trình cho việc Khiếu nại 2

Nếu khiếu nại của quý vị bị từ chối, quý vị sẽ nhận được một lá thư từ chối kèm theo lời giải thích. Lá thư từ chối thứ hai này sẽ cho quý vị chọn lựa khiếu nại tới Ủy ban Khiếu nại của Cơ quan Điều hành. Quý vị có thể yêu cầu khiếu nại này bằng cách gọi cho Đại diện Hỗ trợ Tài chính cho Bệnh nhân người mà quý vị đã gặp trong cuộc hẹn của quý vị theo số 505-272-2521 và nói với họ quý vị muốn Ủy ban Khiếu nại Điều hành đánh giá lại lời từ chối. Quý vị không cần gửi bất kỳ đơn hay giấy tờ nào khác, nhưng nếu có thông tin bổ sung quý vị muốn được duyệt xét lại thì gửi tới:

Executive Appeals Committee
1131 University N.E. Suite D
Albuquerque, NM 87102

Các đơn từ chối sẽ được Ủy ban Khiếu nại Điều hành đánh giá lại, họ sẽ cân nhắc lại Đơn Yêu cầu Khiếu nại và bất kỳ thông tin và giấy tờ bổ sung quý vị đã gửi đến, các hóa đơn y tế của quý vị, tiểu sử bệnh của quý vị, chính sách của Bệnh viện UNM, lý do từ chối, và tình trạng tài chính và y tế hiện tại và tương lai của quý vị.

Quý vị sẽ nhận hồi đáp bằng văn bản đối với Khiếu nại Điều hành cho quý vị biết khiếu nại của quý vị được chấp thuận hay đơn từ chối từ ban đầu đã được giữ nguyên hay không.

Xin lưu ý rằng quý vị sẽ vẫn chịu trách nhiệm trả cho bất kỳ hóa đơn nào trong khi trường hợp của quý vị đang ở dưới sự xem xét lại. Quý vị có thể liên lạc số 505-272-2521 để sắp xếp thanh toán.

Mẫu Yêu cầu Khiếu nại có ở trang tiếp theo.

Đơn Yêu cầu Khiếu nại
Appeal Request Form

Để yêu cầu khiếu nại, vui lòng hoàn tất mẫu đơn sau đây hay trả lời các câu hỏi trên trang giấy riêng. Bao gồm càng nhiều chi tiết càng tốt. Tự nhiên kèm theo các trang giấy thêm nếu quý vị cần thêm chỗ để ghi. Vui lòng hoàn tất đơn này bằng ngôn ngữ mà quý vị thấy thoải mái nhất.

Ngày Khiếu nại

Tên Bệnh nhân:

Ngày sinh

Số hồ sơ bệnh lý (MRN):

Ngày trên thư từ chối UNM Care or Out-of-County Care

Quý vị đang được điều trị tình trạng bệnh gì?

Hiện tại quý vị đang dùng các thuốc gì?

Bao lâu quý vị gặp bác sĩ một lần?

Chi phí chăm sóc y tế của quý vị hằng tháng là bao nhiêu?

Vui lòng giải thích mọi tình trạng khó khăn tài chánh mà đang ảnh hưởng đến khả năng chi trả hóa đơn y tế hay thuốc men của quý vị:

Vui lòng mô tả ngắn gọn về nhu cầu chăm sóc y tế hiện tại của quý vị:

Vui lòng cung cấp bất kỳ thông tin nào khác có thể giúp chúng tôi trong việc xem xét lại đơn xin bị từ chối của quý vị:

Viết tên họ bằng chữ in

Chữ ký

Ngày