

**CÁCH THỨC KHÁNG CÁO CHO BỆNH NHÂN**  
**PATIENT APPEAL PROCESS**

Quý vị có quyền kháng cáo. Quý vị có thể kháng cáo về quyết định không đủ điều kiện nếu quý vị tin rằng có những lý do quý vị có đủ điều kiện được trợ cấp y tế đã không được xem xét trong cuộc phỏng vấn với Nhân viên Dịch vụ Trợ cấp Y tế cho Bệnh nhân (PSR=Patient Services Representative).

Nếu, vào cuối cuộc phỏng vấn của quý vị, Nhân viên Dịch vụ Trợ cấp Y tế cho Bệnh nhân xác định rằng quý vị không đủ điều kiện để được trợ cấp y tế, PRS sẽ giải thích lý do vì sao quý vị không hội đủ điều kiện.

Nếu thấy tình huống của quý vị là đặc biệt và nên được xem xét lại, xin vui lòng điền vào đơn đính kèm và bao gồm bất cứ thông tin bổ sung nào và gửi qua bưu điện cho Nhân viên Giám sát Kháng cáo trong vòng 90 ngày kể từ ngày quý vị được xem là không đủ điều kiện và người giám sát sẽ trình hồ sơ quý vị cho Ủy ban Kháng cáo. Xin nhớ bao gồm bất cứ hoàn cảnh đặc biệt nào trong cuộc sống khiến cho quý vị khó có khả năng chi trả dịch vụ chăm sóc y tế. Quý vị có thể gửi thư hoặc e-mail khiếu nại này tới địa chỉ sau:

**Representative** \_\_\_\_\_

Albuquerque, NM 87xxx

OR e-mail to \_\_\_\_\_

Tất cả các thư kháng cáo được Ủy ban Kháng cáo xem xét. Ban Kháng cáo sẽ xem lại những hóa đơn y tế và bệnh sử cũng như chính sách của Bệnh viện, lý do quý vị đã bị từ chối và sau đó họ sẽ xem lại việc quý vị có đủ điều kiện hay không. Quý vị sẽ được thông báo về việc kháng cáo của quý vị có được chấp thuận hay chưa trong vòng 30 ngày kể từ ngày Bệnh viện UNM nhận đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu đơn kháng cáo của quý vị bị từ chối, quý vị sẽ nhận được thư từ chối kèm theo lời giải thích. Thư từ chối thứ hai này sẽ cho quý vị cơ hội khiếu nại với Ủy ban Điều hành Kháng cáo bằng cách gửi thư tới địa chỉ sau:

**Executive Appeals Committee**

1131 University N.E. Suite D

Albuquerque, NM 87102

Quyết định từ chối sẽ được đánh giá lại bởi Ủy ban Điều hành Kháng cáo. Họ sẽ xem lại các hóa đơn y tế và bệnh sử của quý vị cũng như chính sách Bệnh viện UNM, tình hình tài chính và y tế hiện tại và trong tương lai của quý vị.

Quý vị sẽ nhận được phản hồi bằng văn bản từ Ủy ban Điều hành Kháng Cáo này cho quý vị biết là kháng cáo của quý vị có được chấp thuận hay không hoặc quyết định ban đầu về tình trạng không đủ điều kiện vẫn được giữ nguyên.

Xin chú ý rằng quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả tất cả mọi hóa đơn trong thời gian hồ sơ của quý vị được xem xét lại. Quý vị có thể gọi số 505-272-2521 để sắp xếp chương trình trả góp.

**ĐƠN KHÁNG CÁO**  
**Appeal Letter**

Xin vui lòng đánh dấu một trong hai: \_\_\_ Đơn kháng cáo thứ 1 hoặc \_\_\_ Đơn kháng cáo thứ 2  
Vui lòng sử dụng mẫu bên dưới cho yêu cầu kháng cáo của quý vị và càng chi tiết càng tốt. Vui lòng đính kèm các tờ giấy bổ sung nếu quý vị cần thêm vào. Vui lòng hoàn thành biểu mẫu này bằng ngôn ngữ mà quý vị cảm thấy thoải mái nhất.

Hôm nay là Ngày tháng năm:

Từ (Tên của bệnh nhân):

Ngày Sinh nhật:

Số Bệnh lý:

Ngày tháng năm quý vị đã nhận thư thông báo không đủ điều kiện:

Xin vui lòng cung cấp thông tin:

Tình trạng sức khỏe quý vị đang được điều trị:

Danh sách các thứ thuốc quý vị hiện đang dùng:

Bao lâu thì quý vị gặp bác sĩ một lần:

Chi phí hàng tháng quý vị chi trả cho việc chăm sóc sức khỏe:

Vui lòng giải thích bất kỳ khó khăn tài chính nào đang ảnh hưởng đến khả năng chi trả hóa đơn y tế hoặc thuốc men của quý vị:

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Tên và họ viết bằng chữ in

\_\_\_\_\_  
Chữ ký

\_\_\_\_\_  
Ngày tháng năm